



ST. JOSEF-HOSPITAL
NEUROLOGISCHE KLINIK DER RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM
(Direktor Prof. Dr. R.Gold)

PD Dr. K. Hellwig Gudrunstr. 56, D-44791 Bochum, Tel.: 0234/509-1 Fax: 0234/5092442

Einverständniserklärung zur Teilnahme am Register

Kinderwunsch und Multiple Sklerose

Name des Patienten (in Druckbuchstaben): _____

Geburtsdatum (in Druckbuchstaben): _____

Ich bin von Frau PD Dr. Kerstin Hellwig oder Ihren wissenschaftlichen Mitarbeitern ausführlich und verständlich über die Studie und darin notwendige Untersuchungen, mögliche Belastungen und Risiken, sowie über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Verlaufsbeobachtung, sowie die sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden. Ich habe die Patienteninformation aufmerksam gelesen und verstanden.

Aufgetretene Fragen wurden mir verständlich und genügend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen.

Ich behalte mir das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile für meine weitere medizinische Betreuung entstehen.

Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser Studie ermittelten Daten aufgezeichnet werden. Um die Richtigkeit der Datenaufzeichnung zu überprüfen, dürfen Beauftragte der zuständigen Behörde(n) beim Prüfarzt Einblick in meine personenbezogenen Krankheitsdaten nehmen.

Im Falle einer Abholung von Probenmaterial bin ich damit einverstanden, dass mein Name, meine Adresse, meine Telefonnummer und ggf. meine E-Mail Adresse zwecks Vereinbarung eines Termins an den zuständigen Mitarbeiter der Transportfirma weitergegeben werden.

Beim Umgang mit den Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes beachtet.

Sollten sich weitere Fragen zu meinem Krankheitsverlauf oder dem Gesundheitszustand meines Kindes ergeben, bin ich mit einer Kontaktaufnahme mit weiteren behandelnden Ärzten (z.B. Neurologe, Kinderarzt) einverstanden.

Eine Kopie dieser Patienteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

Ich bin damit einverstanden,
dass bei weiteren Fragen zum
Krankheitsverlauf und
Gesundheitszustand
behandelnde Ärzte kontaktiert
werden

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten

Ich erkläre mich bereit, an
dem Projekt „Baby Connect“
teilzunehmen.

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten

Ich erkläre mich bereit, an
dem Projekt „GENEActiv
Sleep“ teilzunehmen.

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten

Ich erkläre mich bereit,
Muttermilchproben abzugeben

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten

Ich erkläre mich bereit,
Spermaproben abzugeben

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten

(Ort und Datum)

(Name und Unterschrift des aufklärenden Mitarbeiters)