

Einwilligungserklärung für die Verwendung von Gesundheitsdaten und biologischen Proben zu Forschungszwecken – für den gesetzlichen Vertreter/die gesetzliche Vertreterin eines minderjährigen Patienten/einer minderjährigen Patientin von unter 14 Jahren

Patientenetikette

Name und Vorname des Patienten/der Patientin

Geburtsdatum des Patienten/der Patientin

Name und Vorname des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin

Adresse und Telefonnummer des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin

Bitte geben Sie Ihre Beziehung zum Patienten/zur Patientin an

E-Mail-Adresse des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin

A Ich willige ein, dass die Gesundheitsdaten und die Reste der biologischen Proben meines Kindes/der betroffenen Person, welche während vergangener oder zukünftiger Behandlungen entnommen und gesammelt wurden bzw. werden (Untersuchungen und Spitalaufenthalte), aufbewahrt, weitergegeben und zu Forschungszwecken verwendet werden können.

JA

NEIN

Falls Sie «JA» angekreuzt haben, beantworten Sie bitte Abschnitt B. Falls Sie «NEIN» angekreuzt haben, gehen Sie bitte direkt zu Abschnitt C über.

B Ich willige ein, dass für die genomische Biobank des CHUV für genetische Analysen zu Forschungszwecken eine zusätzliche Blutprobe meines Kindes/der betroffenen Person entnommen wird.

- Die Blutentnahme erfolgt nur, wenn es der Gesundheitszustand des Kindes zulässt. Die entnommene Blutmenge hängt vom Gewicht ab, wird jedoch nicht mehr als 7.5 ml betragen (entspricht einem Esslöffel).
- Diese Blutentnahme erfolgt gleichzeitig mit einer bereits geplanten Entnahme, um einen zusätzlichen Einstich zu vermeiden.
- Diese Blutprobe kann für genetische Analysen zu Forschungszwecken verwendet werden.

JA

NEIN

Bitte gehen Sie unabhängig von Ihrer Antwort zu Abschnitt C über.

C Bestätigung meiner Entscheidung

Als gesetzlicher Vertreter/gesetzliche Vertreterin der oben angegebenen Person habe ich folgendes zur Kenntnis genommen:

- Die Erklärungen bezüglich der Wiederverwendung der klinischen Daten und biologischen Proben zu Forschungszwecken, welche in der Informationsbroschüre näher erläutert werden;
- Es steht mir frei, die Unité du consentement à la recherche des CHUV mithilfe der Kontaktdaten am Ende dieses Formulars oder eine für meine Behandlung im CHUV zuständige Gesundheitsfachperson zu kontaktieren, um weitere Informationen und Erklärungen einzuholen;

Bitte wenden

- Die personenbezogenen Daten meines Kindes/der betroffenen Person sind geschützt und werden ausschliesslich codiert oder anonymisiert für die Forschung verwendet;
- Meine Daten und biologischen Proben können für Forschungsprojekte in der Schweiz und im Ausland verwendet werden;
- Die Forschungsprojekte werden im Spital oder in Zusammenarbeit mit anderen öffentlichen Institutionen (z. B. anderen Spitälern oder Universitäten) und privaten Einheiten (z. B. pharmazeutische Unternehmen) durchgeführt;
- Die Projekte können genetische Analysen meiner biologischen Proben zu Forschungszwecken umfassen;
- Ich kann erneut kontaktiert werden, falls Ergebnisse vorliegen, die für die Gesundheit meines Kindes/der betroffenen Person relevant sind;
- Ich treffe die obigen Entscheidungen in seinem/ihrer Namen unter Berücksichtigung seiner/ihrer Meinung;
- Meine Entscheidungen sind freiwillig und haben keine Auswirkung auf die medizinische Behandlung meines Kindes/der betroffenen Person;
- Meine Entscheidungen sind rechtsgültig, bis mein Kind/die betroffene Person 18 Jahre alt ist, sofern mein Kind/die betroffene Person und ich unsere Entscheidungen zwischenzeitlich nicht ändern.
- Ich kann diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen, bis mein Kind/die betroffene Person 18 Jahre alt ist. Diese Entscheidung muss ich gemeinsam mit meinem Kind/der betroffenen Person treffen.
- Meinem Kind/der betroffenen Person wird ab dem Alter von 18 Jahren die Dokumentation an seinen/ihren Namen zugestellt, damit es/sie Stellung beziehen kann zur Wiederverwendung seiner/ihrer Daten und biologischen Proben zu Forschungszwecken sowie zur Teilnahme an der BGC.
- Wenn ich unter Abschnitt A «NEIN» ankreuze, können seine/ihre klinischen Daten und biologischen Proben nicht zu Forschungszwecken verwendet werden.
- Wenn ich die Einwilligungserklärung nicht unterzeichne, können seine/ihre Daten und Proben laut Gesetz in Ausnahmefällen verwendet werden, falls die zuständige Ethikkommission hierfür eine Sonderbewilligung erteilt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mein Kind im Rahmen seiner Verständnissfähigkeit informiert habe und ich die oben genannten Entscheidungen unter Berücksichtigung seines Willens treffe.

Ort und Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin (obligatorisch)

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten/der Patientin (obligatorisch)

Das unterzeichnende Elternteil hat das andere Elternteil entsprechend zu informieren.

Zögern Sie nicht, uns bei Fragen oder Anmerkungen zu kontaktieren.

