

Einwilligungserklärung für die Verwendung von Gesundheitsdaten und biologischen Proben zu Forschungszwecken – für den minderjährigen Patienten/die minderjährige Patientin zwischen 14 und 17 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 meine medizinischen Daten, welche während vergangener oder zukünftiger Behandlungen erhoben wurden (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 Biobanque génomique des CHUV ein wenig mehr Blut entnommen wird für genetische Analysen zu Forschungszwecken.

- Die Blutentnahme erfolgt nur, wenn es mein Gesundheitszustand zulässt. Die entnommene Blutmenge wird 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 der Antwort zu Abschnitt C über.

C Bestätigung meiner Entscheidung

Hiermit bestätige ich, dass ich Folgendes verstanden habe:

- Die Erklärungen über die Verwendung der medizinischen Daten und Proben durch die Wissenschaftler/innen.
- Ich kann die Unité du consentement à la recherche des CHUV (Kontaktangaben am Ende des Formulars), einen Arzt/eine Ärztin oder eine Krankenschwester/einen Pfleger des CHUV kontaktieren für weitere Auskünfte oder falls ich Fragen habe.
- Meine personenbezogenen Daten und Proben sind geschützt und werden ausschliesslich codiert oder anonymisiert für Forschungszwecke verwendet.
- Meine Daten und Proben können für Forschungsprojekte in der Schweiz und im Ausland verwendet werden.

Bitte wenden

- Meine Daten und Muster können an Labore, Spitäler und Universitäten übermittelt werden, aber auch an Unternehmen, die Medikamente und Tests zum Erkennen von Krankheiten herstellen.
- Die Forscher/innen können die Gene meiner Zellen analysieren.
- Ich kann erneut kontaktiert werden, falls die Forscher/innen zu Ergebnissen gelangen, die für meine Gesundheit wichtig sind.
- Meine Entscheidungen treffe ich unvoreingenommen und freiwillig und sie haben keinen Einfluss auf meine medizinische Behandlung.
- Meine Entscheidungen sind bis zum meinem 18. Geburtstag rechtsgültig, sofern ich sie nicht zwischenzeitlich ändere.
- Ich kann diese Einwilligung jederzeit und ohne Begründung widerrufen.
- Nach meinem 18. Geburtstag kann ich erneut darüber entscheiden, ob ich an Forschungsstudien teilnehme oder nicht.
- Wenn ich unter Abschnitt A «NEIN» ankreuze, können meine klinischen Daten und Proben nicht zu Forschungszwecken verwendet werden.
- Wenn ich die Einwilligungserklärung nicht unterzeichne, können meine Daten und Proben laut Gesetz in Ausnahmefällen verwendet werden, falls die zuständige Ethikkommission hierfür eine Sonderbewilligung erteilt.
- Wenn ich älter als 14 Jahre bin und diese Informationen richtig verstehe, kann ich die Einwilligungserklärung alleine unterschreiben, wobei die Unterschrift eines Elternteils oder meines gesetzlichen Vertreters/meiner gesetzlichen Vertreterin empfohlen wird.

Ort und Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin (obligatorisch)

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten/der Patientin (obligatorisch)

- Kreuzen Sie dieses Kästchen **nur** an, wenn die betroffene Person nicht urteilsfähig ist und dieses Dokument nicht unterzeichnen kann. **In diesem Fall ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters oder der gesetzlichen Vertreterin obligatorisch.**

Das unterzeichnende Elternteil hat das andere Elternteil entsprechend zu informieren.

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

