# Patienteninformation über das EBMT-Register für 7- bis 11-Jährige

# Worum geht es?

Wir möchten Dich fragen, ob wir Informationen über Dich und Deine Gesundheit sammeln können. Andere Ärzte können diese Informationen verwenden, um Deine Krankheit besser zu verstehen. Sie können ihnen auch helfen, die beste Behandlung für andere Patienten mit Deiner Krankheit zu wählen. Du kannst selbst entscheiden, ob Du Deine Informationen zur Verfügung stellen möchtest.

# Was passiert?

Für Dich ändert sich gar nichts. Du kommst ins Krankenhaus, wie es für Deine Behandlung notwendig ist. Bei diesen Besuchen sammeln wir Informationen aus Deinen medizinischen Unterlagen.

# Was sind die Vorteile und Nachteile?

Für dich gibt es keine Vorteile. Die Weitergabe Deiner Informationen hilft, die Versorgung von Patienten und das Ergebnis von Behandlungen zu verbessern.

Wenn Du Deine Informationen nicht zur Verfügung stellst, hast Du keine Nachteile. Du erhältst die Behandlung und Betreuung, die Du normalerweise erhalten würdest.

# Du solltest wissen:

* Du musst Deine Informationen nicht zur Verfügung stellen.
* Du kannst jederzeit aufhören, Deine Informationen zur Verfügung zu stellen, und Du musst nicht sagen, warum.
* Du kannst jederzeit Fragen stellen.

# Wenn Du Fragen hast

Frag Deine Eltern, wenn Du Fragen hast. Oder Du kannst Deine Fragen auch gemeinsam mit Deinen Eltern an den Arzt oder die Ärztin Dr. [Name einfügen] richten. Du kannst den Arzt/die Ärztin Dr. [Name einfügen] über: [Informationen einfügen; E-Mail oder Telefonnummer] erreichen.

EINVERSTÄNDNIS-/CO-KONSENSERKLÄRUNG FÜR DAS EBMT-REGISTER

Wenn Du mitmachen möchtest, bitten wir Dich, Deinen Namen auf dieses Formular zu schreiben. Damit sagst Du, dass Du uns Deine Daten zur Verfügung stellen möchtest, und dass Du weißt, dass dies freiwillig ist. Du kannst jederzeit aufhören, Deine Daten zur Verfügung zu stellen. Du hast keine Nachteile, wenn Du das machst. Es wird sich nichts an Deiner Behandlung ändern.

Ich möchte meine Daten zur Verfügung zu stellen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name des Kindes

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift des Kindes

Wenn während des Zeitraums, in dem Daten im Register gespeichert werden, Informationen bekannt werden, die die Einwilligung des Patienten/der Patientin beeinflussen könnten, wird dieser/diese vom Krankenhaus rechtzeitig informiert.

Name des Vertreters/der Vertreterin des Krankenhauses:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Zusätzliche Informationen wurden gegeben durch (sofern zutreffend):

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Position/Titel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

*Zu unterzeichnende Exemplare: 1 für den Patienten/die Patientin, 1 zur Aufbewahrung im Krankenhaus.*