hôpital fribourgeois
freiburger spital

Patientenetikette

Einverständniserklärung zur Verwendung von Gesundheitsdaten und Proben zu Forschungszwecken für gesetzliche Vertreterinnen/Vertreter minderjähriger Patientinnen/Patienten unter 14 Jahren

Name und Vorname Kind	Geburtsdatum Kind
Name und Vorname gesetzliche Vertreterin/ gesetzlicher Vertreter	Adresse gesetzliche Vertreterin/gesetzlicher Vertreter
Beziehung (Verwandtschaftsgrad usw.) zum Kind	Telefonnummer gesetzliche Vertreterin/ gesetzlicher Vertreter

A. Ich bin damit einverstanden, dass die Gesundheitsdaten und die während der Behandlung (ambulante Konsultationen und Spitalaufenthalte) gesammelten biologischen Proben des oben aufgeführten Kindes gespeichert bzw. aufbewahrt, übermittelt und zu Forschungszwecken verwendet werden dürfen.

☐ ja ☐ nein

Unabhängig von Ihrer Antwort gehen Sie zu Punkt B.

B. Bestätigung meiner Entscheidung

Als gesetzliche Vertreterin/gesetzlicher Vertreter des oben genannten Kindes verstehe ich:

- dass ich die oben genannten Entscheidungen in seinem Namen und unter Berücksichtigung seiner Meinung treffe;
- dass ich es nach bestem Wissen und Gewissen über die Entscheidungen, die ich im Rahmen des Generalkonsents für Forschungszwecke getroffen habe, informieren werde, und dass ich auch die Person, die allenfalls nach mir als gesetzliche Vertretung agiert, informieren werde;
- dass meine Entscheidungen freiwillig sind und keine Auswirkungen auf die medizinische Behandlung des Kindes haben;
- dass meine Entscheidungen bis zum 18. Lebensjahr des Kindes gültig sind, es sei denn, das Kind und ich ändern unsere Entscheidungen in der Zwischenzeit;
- dass ich, bis das Kind 18 Jahre alt ist, diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückziehen kann. Diese Entscheidung muss gemeinsam mit dem Kind getroffen werden;
- dass das Kind ab dem Alter von 18 Jahren die Unterlagen auf seinen Namen erhält, um über die Weiterverwendung seiner Daten und biologischen Proben zu Forschungszwecken selbst zu entscheiden;

- die Erläuterungen zur Verwendung der Gesundheitsdaten und biologischen Proben für Forschungszwecke, die in der Informationsbroschüre beschrieben sind;
- dass es mir freisteht, das HFR unter den am Ende dieses Formulars angegebenen Kontaktdaten oder einen HFR-Arzt für weitere Informationen und Erklärungen zu kontaktieren;
- dass die personenbezogenen Daten des Kindes geschützt sind und nur verschlüsselt oder anonymisiert zu Forschungszwecken verwendet werden;
- dass seine Daten und biologischen Proben in nationalen und internationalen Forschungsprojekten im öffentlichen und privaten Sektor verwendet werden können;
- dass diese Projekte eine genetische Analyse der Proben für Forschungszwecke beinhalten können;
- dass ich wieder kontaktiert werden könnte, falls sich für die Gesundheit des Kindes relevante Erkenntnisse ergeben;
- dass, wenn ich bei Punkt A „Nein" ankreuze, die Gesundheitsdaten und biologischen Proben des Kindes nicht für die Forschung verwendet werden;
- dass, wenn ich die Einwilligungserklärung nicht unterschreibe, das Gesetz vorsieht, dass die Daten und Proben der betroffenen Person ausnahmsweise verwendet werden dürfen, wenn die zuständige Ethikkommission eine Sondergenehmigung erteilt.

☐ Ich bestätige, dass ich das Kind im Rahmen seiner Urteilsfähigkeit informiert habe, und treffe die oben genannten Entscheidungen unter Berücksichtigung seines Willens.

Ort und Datum	Unterschrift gesetzliche Vertreterin/ gesetzlicher Vertreter (erforderlich)
Ort und Datum	Unterschrift Kind

Der unterzeichnende Elternteil ist verpflichtet, den anderen Elternteil darüber zu informieren.

Bei Fragen oder Anmerkungen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Postadresse:

freiburger spital (HFR)
Medizinische Direktion
Postfach
1708 Freiburg

E-Mail:
direction.medicale@h-fr.ch

Telefon:
Medizinische Direktion
T +41 26 306 01 60
Mo–Fr: 08.30–11.30 Uhr / 13.30–16.30 Uhr

Weitere Informationen
www.h-fr.ch/de/forschung/

DPd00800