hôpital fribourgeois
freiburger spital

Patientenetikette

Einverständniserklärung zur Verwendung von Gesundheitsdaten und Proben zu Forschungszwecken für minderjährige Patientinnen/Patienten von 14 bis 17 Jahren

Name und Vorname Patient/in	Geburtsdatum Patient/in
Name und Vorname gesetzliche Vertreterin/gesetzlicher Vertreter	Adresse gesetzliche Vertreterin/gesetzlicher Vertreter
Beziehung zur Patientin/zum Patienten	Telefonnummer gesetzliche Vertreterin/gesetzlicher Vertreter

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

☐ ja ☐ nein

Unabhängig von Ihrer Antwort gehen Sie zu Punkt B.

B. Bestätigung meiner Entscheidung

Ich verstehe

- 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 meine Daten und Proben geschützt sind und nur zu Forschungszwecken in verschlüsselter oder anonymisierter Form verwendet werden;
- dass meine Daten und 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 meine Entscheidungen freiwillig sind und keine Auswirkungen auf meine medizinische Behandlung haben;
- dass meine Entscheidungen bis zu meinem 18. Lebensjahr gültig sind, es sei denn, ich ändere meine Meinung in der Zwischenzeit;
- dass ich meine Zustimmung jederzeit zurückziehen kann, ohne dies begründen zu müssen;
- dass ich ab 18 Jahren wieder die Möglichkeit haben werde, darüber zu entscheiden, ob ich zur Forschung beitragen möchte oder nicht;

- dass ich wieder kontaktiert werden könnte, falls sich für mich relevante Gesundheitsergebnisse ergeben;
- dass, wenn ich bei Punkt A „Nein" ankreuze, meine Gesundheitsdaten und biologischen Proben nicht für die Forschung verwendet werden;
- dass, wenn ich die Einwilligungserklärung nicht unterschreibe, das Gesetz vorsieht, dass meine Daten und Proben ausnahmsweise verwendet werden dürfen, wenn die zuständige Ethikkommission eine Sondergenehmigung erteilt.

Ort und Datum	Unterschrift Patient/in
Ort und Datum	Unterschrift gesetzliche Vertreterin/gesetzlicher Vertreter

☐ Die minderjährige Person ist nicht in der Lage, diese Entscheidung zu treffen und das Dokument zu unterschreiben. In diesem Fall ist die Unterschrift der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters erforderlich.

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