



UniversitätsKlinikum Heidelberg

**dkfz.**

**Molecular  
Neuro  
Pathology 2.0**



# Molekulare Neuropathologie 2.0

## zur Erhöhung der diagnostischen Genauigkeit bei Hirntumoren im Kindesalter

### EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG FÜR KINDER (6-12 JAHRE)

**Studienleiter:** Prof. Dr. Stefan Pfister  
Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)  
Abteilung Pädiatrische Neuroonkologie  
Im Neuenheimer Feld 280, D-69120 Heidelberg  
und Universitätskinderklinik Heidelberg, Abteilung Kinderheilkunde III  
Abteilungsleiter: Prof. Dr. med. A. Kulozik, PhD  
Im Neuenheimer Feld 430  
69120 Heidelberg  
Telefon: 06221 / 42-4618  
Email: s.pfister@dkfz.de

Herr/Frau Doktor \_\_\_\_\_ hat mir erklärt, worum es geht,  
und auch sonst alle meine Fragen beantwortet. Ich habe die Information gelesen und verstanden.  
Ich habe genug Zeit gehabt, mir zu überlegen, ob ich mitmachen will. Ich mache freiwillig mit.  
Ich weiß auch, dass ich jederzeit meine Einwilligung zurücknehmen kann.



---

**Ich weiß, dass meine Proben und die Informationen über mich einen Code erhalten. Meinen Namen erfahren die Forscher nicht. Das Krankenhaus darf die Proben und Informationen nur an die Forscher weitergeben, die meine Erkrankung untersuchen. Nur die Ärzte dürfen die Ergebnisse der Untersuchungen unter meinem Namen bekommen. Eine Kopie der Information für Kinder und eine Kopie dieser Einwilligung erhalte ich nach meiner Unterschrift.**

### **PERSÖNLICHE DATEN DES STUDIENTEILNEHMERS**

Name und Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift\* \_\_\_\_\_

\* Kinder und Jugendliche, die aufgrund ihrer geistigen Entwicklung in der Lage sind, Sinn und Tragweite der Studie zu verstehen.

### **BESTÄTIGUNG DES BEHANDELNDEN ARZTES**

Ich habe die *Molekulare Neuropathologie 2.0* Studie mit dem Studienteilnehmer und seinem(n) Erziehungsberechtigten besprochen. Alle Fragen wurden umfassend beantwortet. Ich habe dem Teilnehmer und seinem(n) Erziehungsberechtigten erklärt, dass die Teilnahme freiwillig ist.

Name des behandelnden Arztes \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### **INFORMATIONEN ÜBER DEN DOLMETSCHER (FALLS ZUTREFFEND)**

Ich war in dem Gespräch zwischen \_\_\_\_\_, dem Studienteilnehmer und seinem(n) Erziehungsberechtigten anwesend.

Ich habe die Patienteninformation über die *Molekulare Neuropathologie 2.0* Studie für den Teilnehmer übersetzt und ihm alle darin enthaltenen Informationen erläutert.

Name des Dolmetschers \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

### **BEWILLIGUNG**

Die *Molekulare Neuropathologie 2.0* Studie wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät an der Universität Heidelberg beraten und am 12.12.2014 befürwortet.