



Einwilligungserklärung

Ich habe das Informationsblatt zum Adalimumab-Register „Uveitis im Kindesalter“ gelesen und bin unter folgenden Voraussetzungen bereit an der **freiwilligen Befunddokumentation** teilzunehmen:

- **Ich erkläre mich mit der Anonymisierung der Daten auf den Dokumentationsbögen einverstanden. Ich erkläre mich mit der Speicherung und Auswertung der Daten aus den Dokumentationsbögen im Deutschen Rheumaforschungszentrum Berlin einverstanden.**
- **Ich stimme einer Veröffentlichung der Untersuchungsergebnisse zu, wenn die Daten anonym bleiben und die Vertraulichkeit der / meiner persönlichen Daten gewährleistet bleiben.**

- Ich bin mit der Dokumentation einverstanden unter der Voraussetzung, dass sie keinen Einfluss auf Diagnostik und Therapie der / meiner Krankheit nimmt und durch die Teilnahme an der Dokumentation für mein Kind / für mich kein Risiko entsteht.
- Mein Kind / ich können / kann die Teilnahme an der Dokumentation jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen, dadurch entstehen uns keinerlei Nachteile.
- Bei Widerruf meiner Einverständniserklärung wird der Name meines Kindes aus der Adressendatei gelöscht und die bereits erfassten Daten werden vernichtet.
- Falls durch die Teilnahme am Adalimumab-Register zusätzliche Untersuchungstermine zu den routinemäßig erforderlichen Kontrolluntersuchungen anfallen sollten, besteht kein Versicherungsschutz für Unfälle, die sich auf dem Weg zu oder von durch die Studie veranlassten Untersuchungen ereignen.

- **Sollten im Verlauf der Behandlung mit Adalimumab schwerwiegende, meldepflichtige unerwünschte Ereignisse auftreten, so gestatte ich dem Hersteller des Medikamentes, unter Wahrung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht, Einsicht in die Aufzeichnungen des Arztes meines Kindes / von mir zu nehmen.**

Den Inhalt der vorliegenden Einwilligungserklärung habe ich verstanden und bin mit der geschilderten Vorgehensweise auf dem Informationsbogen einverstanden.

Bitte gut lesbar in Druckbuchstaben schreiben!

Beide Erziehungsberechtigte:

Name, Vorname

Datum Unterschrift

Name, Vorname

Datum Unterschrift

Patient /in (bei Minderjährigen: wenn in einsichtsfähigem Alter):

Name, Vorname

Datum Unterschrift

Prüfarzt/ärztin:

Name, Vorname

Datum

Unterschrift