

Einwilligungserklärung

Patientendaten (Patientenaufkleber):

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

M W

Straße:

Wohnort:

Campus Kiel

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin I

ALL-BFM-Studien- und Referenzzentrum

Prof. Dr. Martin Schrappe

Prof. Dr. Gunnar Cario

Rosalind-Franklin-Str. 9, Haus U18, 24105 Kiel

Koordination

Dr. med. Anja Möricke

Dr. med. Julia Alten

Dr. med. Jana Brazdova

Lile Bauer

Fax: 0431 500 - 20144

E-Mail: all-bfm-studie@pediatrics.uni-kiel.de

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass:

- Mein Blut, Knochenmark oder Tumormaterial auf biologische Veränderungen der möglicherweise für die Erkrankung verantwortlichen Gene untersucht wird, um dadurch eine genauere Diagnostik und bessere Beurteilung meiner Erkrankung zu ermöglichen.
- Überschüssiges Material nach Abschluss des Untersuchungsauftrags zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und Qualitätssicherung sowie für spätere neue Diagnostikmöglichkeiten ggf. über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren aufbewahrt wird.
- Nicht verbrauchtes Probenmaterial zur Erforschung der Ursachen und zur Verbesserung der Behandlung hämatologisch-onkologischer Erkrankungen in anonymisierter Form verwendet werden dürfen. Probenbezogene Dokumente werden, wie gesetzlich vorgeschrieben, archiviert.

Hiermit erteile ich zu diesen Punkten meine Einwilligung (nicht Zutreffendes bitte streichen).

Name und Kontaktdaten der für die Datenverarbeitung verantwortlichen Person im ALL-BFM-Referenzlabor und des lokalen Datenschutzbeauftragten des UKSH entnehmen Sie bitte unserer Patienteninformation zum Datenschutz

Ihre Rechte:

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung der Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Unabhängiges Landeszentrum
für Datenschutz Schleswig-Holstein
Holstenstraße 98
24103 Kiel

Widerrufsbelehrung:

Sie können Ihre Einwilligung zur Analyse jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen. Sie haben das Recht, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen), eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit zu stoppen und ggf. löschen zu lassen. Bereits erfolgte Verarbeitungen Ihrer personenbezogenen Daten, die auf Basis einer wirksamen Einwilligung erfolgt sind, werden vom Widerruf nicht berührt.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters
