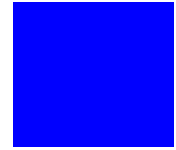




**Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie  
Charité - Universitätsmedizin Berlin**



**Hautklinik und Immunologisches Zentrum, Auenweg 38, 06847 Dessau**

## **Einwilligungserklärung**

Titel der Studie: **Papulosis Atrophicans Maligna – Morbus Köhlmeier-Degos**

Hiermit erkläre ich,

Vorname: .....

Name: .....

Adresse: .....

.....

Geburtsdatum des/der Versuchsteilnehmer/in: .....

PatientenNr.: .....

dass ich durch Herrn/Frau Dr. ....

(Name des/der Studienarzt/Studienärztin),

Adresse: .....

.....

mündlich und schriftlich über das Wesen, die Bedeutung, Tragweite und Risiken der wissenschaftlichen Untersuchung im Rahmen der o.g. Studie informiert wurde und ausreichend Gelegenheit hatte, meine Fragen hierzu in einem Gespräch mit dem/der Studienarzt/Studienärztin zu klären.

Ich habe insbesondere die mir vorgelegte Patienteninformation vom ..... verstanden und eine Ausfertigung derselben und dieser Einwilligungserklärung erhalten.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mich zurückziehen und einer Weiterverarbeitung meiner Daten und Proben jederzeit widersprechen und ihre Löschung bzw. Vernichtung verlangen kann.

Ich bin bereit, an der wissenschaftlichen Untersuchung im Rahmen der o.g. Studie teilzunehmen.

**Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung**

**Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten/Angaben über meine Gesundheit verschlüsselt und auf elektronischen Datenträgern aufgezeichnet verarbeitet und die anonymisierten Studienergebnisse veröffentlicht werden.**

**Darüber hinaus bin ich mit der Entnahme, Herauslösung, Verschlüsselung, Untersuchung sowie Lagerung meines im Rahmen dieser klinischen Studie entnommenen Blutes, Gewebes und der hieraus ggf. entnommenen genetischen Materialien für den Zweck der Studie durch den/die Studienarzt/-Studienärztin bzw. das Labor (*Name und Sitz angeben*) einverstanden.**

....., den .....  
.....  
Unterschrift des/der Versuchsteilnehmer/in

....., den .....  
.....  
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters  
.....  
.....  
(bei Kindern für jedes Elternteil  
eine Unterschriftszeile)

Hiermit erkläre ich, den/die o.g. Versuchsteilnehmer/in am ..... über Wesen, Bedeutung, Tragweite und Risiken der o.g. Studie mündlich und schriftlich aufgeklärt und ihm/ihr eine Ausfertigung der Information sowie dieser Einwilligungserklärung übergeben zu haben.

....., den .....  
.....  
Unterschrift des/der aufklärenden  
Studienarztes/Studienärztin