



**Department für Kinder- und
Jugendheilkunde**

Universitätsklinik für Pädiatrie I

Direktor: Univ.-Prof. Dr. L.B. Zimmerhackl
Anichstraße 35, A – 6020 Innsbruck

Kontakt	E-Mail	Telefon/Fax	Geschäftszahl	Datum
	claudia.triendl@uki.at	(0)50504-23501 (0)50504-25450		

Patienteninformation und Einverständiserklärung für das Projekt „Komplementanalysen beim hämolytisch-urämisches Syndrom im Kindesalter“ (Pilotstudie)

Du leidest an einer Krankheit mit dem Namen Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS). Diese Erkrankung kann Deine Niere dauerhaft schädigen und bringt verschiedene Komplikationen mit sich. Wir untersuchen bei Patienten, die diese Erkrankung haben ein funktionelles System, welches bei Deinem Krankheitsverlauf eine große Rolle spielt. Hierfür benötigen wir geringe Blutprobenmengen (5-20ml) von Dir, welche bei einer Routineblutuntersuchung abgenommen werden kann (d.h. kein zusätzlicher Nadelstich für Dich). Wir bitten um Dein Einverständnis für diese Untersuchung, die ohne zusätzliches Leiden oder Risiko durchgeführt werden kann. Für Deine Mithilfe bedanken wir uns recht herzlich.

Hinweis auf Datenschutz:

Sofern gesetzlich nicht etwas anderes vorgesehen ist, haben nur die Prüfer, deren Mitarbeiter in und ausländischer Gesundheitsbehörden Zugang zu den vertraulichen Daten, in denen Ihr Kind namentlich genannt wird. Diese Personen unterliegen der Schweigepflicht. Die Weitergabe der Daten im In- und Ausland erfolgt ausschließlich zu statistischen und wissenschaftlichen Zwecken und wird ausnahmslos darin nicht namentlich genannt. Auch in etwaigen Veröffentlichungen der Daten dieser klinischen Prüfung werden Sie nicht namentlich genannt (der Datenschutz ist gewährleistet).

Information über Freiwilligkeit und vorzeitige Beendigungsmöglichkeit:

Die Teilnahme Ihres Kindes an dieser klinischen Prüfung erfolgt freiwillig. Die Ablehnung der Teilnahme an dieser Studie hat keine nachteiligen Folgen für Ihre weitere medizinische Betreuung.

Einwilligung:

Ich habe die Patienteninformation und Einverständiserklärung gelesen und verstanden. Alle meine Fragen wurden beantwortet und ich habe zur Zeit keine weiteren Fragen mehr. Sollten sich während der Studie Fragen ergeben, kann ich mich jederzeit an Dr. Hofer Johannes, Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Tel.: 0043-512/504-82459 wenden.

**Ich gebe hiermit freiwillig meine Zustimmung zur Teilnahme an dieser Studie.
Eine Kopie dieser Einverständiserklärung wurde mir ausgehändigt.**

Ort _____ Datum _____ Unterschrift des Patienten:

Ort _____ Datum _____ Unterschrift des Arztes: