

## >> **Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Fr1dolin-Studie „Früherkennung von Typ 1 Diabetes und familiärer Hypercholesterinämie in Niedersachsen“**

Ich habe das Informationsblatt zur Teilnahme an der Fr1dolin-Studie „Früherkennung von Typ 1 Diabetes und familiärer Hypercholesterinämie in Niedersachsen“ erhalten und gelesen. Ich hatte die Gelegenheit, zu der dort beschriebenen und empfohlenen Blutuntersuchung auf Inselautoantikörper und LDL-Cholesterin sowie zu der Vorgehensweise Fragen zu stellen bzw. die angebotene telefonische Beratung wahrzunehmen. Mir wurde ausreichend Zeit für Fragen und zum Nachdenken eingeräumt. Mir ist bekannt, dass uns aus einer Nichtteilnahme keine Nachteile entstehen.

Die Teilnahme meines Kindes an der Fr1dolin-Studie „Früherkennung von Typ 1 Diabetes und familiärer Hypercholesterinämie in Niedersachsen“ kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen beenden. Der Abbruch der Studie muss dem Studienzentrum mündlich oder schriftlich mitgeteilt werden. Die Risiken durch nicht wahrgenommene Folgeuntersuchungen werden durch das Studienzentrum nicht getragen.

**Durch die Unterzeichnung dieses Formulars gebe ich meine Zustimmung zur Teilnahme an der Fr1dolin-Studie „Früherkennung von Typ 1 Diabetes und familiärer Hypercholesterinämie in Niedersachsen“.**

Mir ist bekannt, dass alle Mitarbeiter der Fr1dolin-Studie sowie die teilnehmenden Kinderärzte der Schweigepflicht und zur Beachtung des Datenschutzes verpflichtet sind. Ich bin damit einverstanden, dass die Blutproben meines Kindes in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form in den, an der Studie teilnehmenden, Laboren in Hannover und München untersucht werden. Darüber hinaus bin ich einverstanden, dass die Daten meines Kindes in pseudonymisierter Form, also ohne namentliche Nennung, für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden. Auch in etwaigen Veröffentlichungen der Ergebnisse dieser Untersuchungen werde ich bzw. mein Kind nicht namentlich genannt werden.

---

In Druckschrift: Name des Kindes

---

In Druckschrift: Name des Elternteils/Erziehungsberechtigten und Verhältnis zum teilnehmenden Kind

---

Unterschrift: Elternteil/Erziehungsberechtigte/r

Datum

---

In Druckschrift: Name des Elternteils/Erziehungsberechtigten und Verhältnis zum teilnehmenden Kind

---

Unterschrift mind. eines Elternteils/Erziehungsberechtigten

Datum

---

In Druckschrift: Name des aufklärenden Arztes

---

Datum, Unterschrift des aufklärenden Arztes

Stempel der Arztpraxis