

Zustimmungserklärung Kinder und Jugendliche
zur wissenschaftlichen Studie
Aufklärung genetischer Ursachen und Mechanismen
von mitochondrialen Erkrankungen

Ich, _____ geboren am _____,

willige ein, an dem oben beschriebenen Forschungsprojekt teilzunehmen.

Ich bin durch die Ärztin / den Arzt

in einem persönlichen Gespräch über die Studie informiert worden.

Ich habe das Informationsblatt gelesen und alle meine Fragen dazu wurden ausreichend beantwortet.

Mir ist klar, dass ich vermutlich keinen persönlichen Nutzen aus der Studienteilnahme haben werde.

Mir ist klar, dass ich jederzeit sagen kann, dass ich nicht mehr an dieser Studie teilnehmen möchte, ohne dass mir oder meinen Eltern dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, noch einmal kontaktiert zu werden, sobald ich **volljährig** bin, um dann über meine weitere Teilnahme an dieser wissenschaftlichen Studie zu sprechen.

Ort, Datum

Vor- und Nachname der Teilnehmerin/ des
Teilnehmers (Druckbuchstaben)

Unterschrift der Teilnehmerin/ des
Teilnehmers

Vor- und Nachname Ärztin/Arzt
mit Qualifikation zur fachgebundenen genetischen
Beratung (Druckbuchstaben)

Unterschrift der Ärztin/ des Arztes