

SNPSR Nummer

--	--	--

Bitte freilassen

Initialen (Nachname / Vorname)

--	--

Bitte freilassen

Schweizerisches NeuroPädiatisches Schlaganfall Register (SNPSR) International Paediatric Stroke Study (IPSS)

Schriftliche Einverständniserklärung

Liebe Eltern

Wir möchten Sie um Ihr Einverständnis bitten, dass medizinische Daten Ihres Kindes im Rahmen des Schweizerischen NeuroPädiatischen Schlaganfall Registers und/oder der IPSS erfasst werden dürfen. Ein Informationsblatt wurde Ihnen zusammen mit diesem Formular ausgehändigt. Sie finden darin alle wichtigen Informationen. Weitere Informationen sind im Internet unter www.neuropaediatric.ch/snpsr sowie unter <https://app3.ccb.sickkids.ca/cstrokestudy/> abrufbar.

Die Teilnahme ist freiwillig. Wenn Sie anfänglich zustimmen, aber später Ihre Meinung ändern, können Sie uns dies jederzeit mitteilen. Sie müssen dafür keinen Grund angeben. Ihre Entscheidung gegen die Teilnahme oder das spätere Widerrufen haben keine Auswirkungen auf die weitere Behandlung und Betreuung Ihres Kindes.

Wir bitten Sie, die für Sie zutreffende Antwort unten anzukreuzen, allenfalls ihre Adresse einzufüllen und das Formular zu unterschreiben. Sie können das Formular mit dem rückfrankierten Couvert an uns zurückschicken oder es an die Fachperson, die Sie über das Register informiert hat, weiterleiten.

Wenn Sie etwas nicht verstehen oder zusätzliche Informationen benötigen, können Sie uns gerne unter der unten genannten Adresse erreichen.

Besten Dank für Ihre Teilnahme!

- Die Daten unseres Kindes dürfen an das SNPSR weitergeleitet werden.
- Die Daten unseres Kindes dürfen auch an die IPSS weitergeleitet werden
- Wir sind (Ich bin) mit der Teilnahme an einer Nachfolgeuntersuchung einverstanden und können (kann) wie folgt kontaktiert werden: (Bitte in **lesbarer Druckschrift** schreiben)

Name, Vorname des Kindes / der Eltern	
Strasse Hausnummer	
Postleitzahl Ort	
Telefonnummer / Email	

- Wir möchten (Ich möchte) nur über den behandelnden Neuropädiater kontaktiert werden.

- Wir sind (Ich bin) mit der Teilnahme an einer Nachfolgeuntersuchung zur Zeit **nicht** einverstanden. Der behandelnde Arzt/Ärztin darf uns jedoch zu einem späteren Zeitpunkt erneut fragen (bitte streichen falls unerwünscht).

Ort, Datum	
Unterschrift der berechtigten Person / des Kindes	

Vielen Dank für Ihre wertvolle Mithilfe!

SNPSR, Prof. Dr. Maja Steinlin, Abt. Neuropädiatrie, Med. Universitäts-Kinderklinik, 3010 Bern
Telefon: 031-632 94 24 - E-Mail: paedistroke@insel.ch - Website: www.neuropaediatric.ch/snpsr und <https://app3.ccb.sickkids.ca/cstrokestudy/>

Bern, 17.08.2010