

An das Institut für Pathologie
der Universität Bonn
Abteilung für Kinderpathologie
Sigmund-Freud-Straße 25
53105 Bonn

Einwilligungserklärung zur Obduktion (siehe Anlage zur Obduktionsgenehmigung)

Ich bin / Wir sind mit der **Obduktion** unseres am _____ geborenen und am _____ verstorbenen Kindes durch das Institut für Pathologie **einverstanden**. Dies beinhaltet neben einer radiologischen Untersuchung feingewebliche sowie ggf. molekularbiologische und -genetische Analysen von Proben aller Körperteile.

Ja

Nein

Ich / Wir haben die **Patienteninformation** zur Aufbewahrung von Gewebeproben und ggf. Körperflüssigkeiten gelesen und verstanden. Ich / Wir habe(n) Gelegenheit gehabt, zusätzliche Fragen hierzu mit einem Arzt zu besprechen.

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass die bei der Obduktion entnommenen Proben (z.B. Blut, Gewebe), welche nicht zu diagnostischen Zwecken benötigt werden, pseudonymisiert, d.h. unter strenger Wahrung der Datenschutzrichtlinien, für die Erforschung von Erkrankungen aufbewahrt und verwendet werden können, einschließlich molekulargenetischer Untersuchungen. Ein direkter Nutzen ergibt sich für mich / uns daraus nicht, allerdings könnte daraus neues Wissen über die bei unserem Kind vorliegende Erkrankung gewonnen werden, was zukünftig z.B. eine bessere Behandlung erlaubt.

Mit der unbefristeten Aufbewahrung der Proben bin ich / sind wir einverstanden. Ich bin / Wir sind auch damit einverstanden, dass die Proben ggf. auch pseudonymisiert an Forscher außerhalb der Universität Bonn weitergegeben werden.

Ich bin / Wir sind einverstanden, dass die im Rahmen der wissenschaftlichen Untersuchung über uns bzw. unser Kind erhobenen Krankheitsdaten sowie meine / unsere sonstigen, mit dieser Untersuchung zusammenhängenden Daten ausschließlich zu Forschungszwecken pseudonymisiert aufgezeichnet werden und ggf. pseudonymisiert an Dritte im Rahmen einer wissenschaftlichen Zusammenarbeit weitergegeben werden, auf evtl. urheber- bzw. patentrechtliche oder vergleichbare Ansprüche verzichte ich.

Dabei ist gewährleistet, dass personenbezogene Daten nicht an Dritte weitergegeben werden.

Ich / Wir nehme(n) zur Kenntnis, dass ich/wir über das Ergebnis der wissenschaftlichen Untersuchung nicht informiert werde(n).

Diese Einwilligung ist freiwillig. Sie kann jederzeit von mir/uns ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Es entstehen mir/uns dadurch keine Nachteile.

Ja

Nein

Bestattungsform:

Das Kind soll anschließend

- Privat bestattet werden
- durch das UKB / Institut für Pathologie in Begleitung der Klinikseelsorge bestattet werden (eine Kostenübernahmeerklärung von uns liegt bei)
- anonym durch das UKB / Institut für Pathologie auf dem Bonner Nordfriedhof bestattet werden (diese Bestattungsform ist nur bei fehlgeborenen und totgeborenen Feten unter 500g möglich).

Unterschrift Mutter

Unterschrift Vater

Unterschrift des Arztes
(bitte auch in Druckbuchstaben)