

**Einverständniserklärung zur Teilnahme  
an der DEMOCOPHES-Untersuchung Deutschland**

**Name, Vorname des Kindes** \_\_\_\_\_

**Name, Vorname der Mutter** \_\_\_\_\_

**ID von Mutter/Kind** \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Ich habe die *Studieninformation zur DEMOCOPHES-Untersuchung* gelesen. Ich bin über die geplanten Untersuchungen informiert worden und hatte Gelegenheit, Rückfragen zu besprechen. Ich hatte ausreichend Zeit, die Entscheidung über die Teilnahme zu überdenken.

Die Untersuchung ist freiwillig. Ich behalte mir jedoch das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung oder die meines Kindes jederzeit ohne Angabe von Gründen zu beenden, ohne dass mir oder meinem Kind daraus Nachteile entstehen.

Beim Umgang mit den Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes beachtet. Ich nehme an der DEMOCOPHES-Untersuchung (Urinprobe, Haarprobe, Interview) teil und bin mit der anonymen Auswertung der Ergebnisse einverstanden.

Ich möchte über die Analysenergebnisse informiert werden  ja  nein

Ich bin damit einverstanden, dass die gesammelten biologischen Proben (Urin, Haare) für 10 Jahre aufbewahrt und für weitere wissenschaftliche Untersuchungen vollständig anonymisiert verwendet werden können.  ja  nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine Adressdaten für eine mögliche weitere Kontaktaufnahme durch die Studienzentrale für 10 Jahre gespeichert werden  ja  nein

Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei der Studienzentrale (Abteilung für Hygiene, Sozial- und Umweltmedizin, Ruhr-Universität Bochum, Universitätsstrasse 150, 44801 Bochum, Tel.: 0234 322 9464).

.....  
Unterschrift der Mutter / der Erziehungsberechtigten des Kindes Datum

.....  
Unterschrift des Vaters / des Erziehungsberechtigten des Kindes Datum

.....  
Unterschrift des Kindes Datum

