



Einwilligungserklärung- Adressdatenhaltung und Kontaktaufnahme

Studientitel: **Milk Against Respiratory Tract Infections ans Asthma (MARTHA)**
Milchinterventionsstudie

Ich bin mit der Erhebung meiner Kontaktdaten und ihrer Verwendung für die MARTHA Studie **zur Kontaktaufnahme und zum späteren Milchversand** einverstanden. Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten ausschließlich zum Zweck der Milchezusendung an Vertragspartner der Studie (z.B. anderes Studienzentrum, Paketzusteller) weitergegeben werden. Meine Kontaktdaten werden nach eineinhalb Jahren gelöscht, sollte mein Kind nicht an der Studie teilnehmen. Bei Teilnahme werden die Kontaktdaten bis 10 Jahre nach Ende der Studie aufbewahrt.

Falls Sie Ihre Einwilligungserklärung widerrufen möchten oder Auskunft über Ihre gespeicherten Personendaten erhalten möchten oder diese berichtigen oder löschen lassen möchten, wenden Sie sich bitte schriftlich oder mündlich an:

MARTHA Studienzentrum
Dr. von Haunersches Kinderspital
Klinikum der Universität München
E-Mail: martha-studie@med.uni-muenchen.de
Tel.: 089 4400 57930

Verantwortliche Person(en) für die Datenverarbeitung im Rahmen der Studie:

Studienleiterin: Prof. Dr. Dr. h.c. Erika von Mutius
Stellvertreter der Studienleitung: Prof. Dr. Markus Ege
Klinikum der Universität München
Lindwurmstraße 4, 80337 München
Tel.: 089 4400 57897

Behördlicher Datenschutzbeauftragter Klinikum der Universität München:
Gerhard Meyer
Pettenkofenstr. 8, 80336 München
E-Mail: datenschutz@med.uni-muenchen.de

Nach dem Gesetz hat jeder Studienteilnehmer das Recht, sich bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren. In Ihrem Falle handelt es sich um folgende Institution:

Bayerischer Landesbeauftragter für den Datenschutz (BayLfD)
Postanschrift: Postfach 22 12 19, 80502 München
Hausanschrift: Wagnmüllerstr. 1, 80538 München
Tel.: 089 212672-0, Fax: 089 212672-50

Bei Unterschrift nur eines Sorgeberechtigten bestätigt diese Person, dass sie das alleinige Sorgerecht hat bzw. mit dem Einverständnis und im Auftrag des anderen Sorgeberechtigten unterzeichnet.

**Unterschrift der
Sorgeberechtigten:**

Name in Druckbuchstaben:

Datum(TT.MM.JJJJ):

_____	_____	_____
_____	_____	_____

<i>Name, Vorname</i>	
<i>Vorname des Kindes</i>	
<i>Errechneter Geburtstermin</i>	
<i>Geburtstag des Kindes</i>	
<i>Straße, Hausnummer</i>	
<i>Postleitzahl, Wohnort</i>	
<i>Telefonnummer 1</i>	
<i>Telefonnummer 2</i>	
<i>Telefonnummer 3</i>	
<i>Email 1</i>	
<i>Email 2</i>	

Falls Sie Fragen haben, unser Studienzentrum erreichen Sie unter:

Dr. von Haunersches Kinderspital
Klinikum der Universität München
Lindwurmstraße 4, 80337 München
MARTHA Studienzentrum

Telefon: +49 (89) 4400-57930
Fax: +49 (89) 4400-54452
Email: martha-studie@med.uni-muenchen.de

Unterschrift Studienteam:

Name in Druckbuchstaben:

Datum:

(TT.MM.JJJJ)

=> Doppelte Ausfertigung: Kopie an Erziehungsberechtigten aushändigen!