****

**知情同意书**

**(Version 1.0, 24。2015 8月)**

**慢性荨麻疹疾病登记册**

**(慢性荨麻疹注册-CURE)**

在此, 我声明

姓: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

名: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

出生日期: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

假名: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (可在列入登记处后添加)

我已充分了解了这项注册研究（CURE）的目标，性质，风险和好处，并且我有机会和足够的时间来咨询我所有的问题。

我已阅读并了解了此注册研究（CURE）的患者信息，我已收到一份此患者信息的副本供我自己记录。

我知道我可以随时无理由撤回同意书，退出研究，并且不会产生任何负面后果。此外，我知道我可以不同意进一步处理我的数据，并且我可以随时要求删除我的数据。

我知道我有权随时了解注册数据库中保存的关于我的数据。

我声明我同意参加慢性荨麻疹登记（CURE）。

**关于数据获取和数据处理的同意声明：**

在此我同意我的数据可以在电子数据存储设备上获取，记录，匿名化，并在此注册表（CURE）中处理。在此，我也同意以一种无法从这些结果中推断出我的个人信息的方式发布注册表结果。

此外，我同意上述匿名化后的数据可以传送给试验的赞助商，the urticaria network e.V. (UNEV)，Charitéplatz 1，10117 Berlin，Germany，用于数据分析。

此外，我同意上述匿名化后的数据可以传送到欧盟内外的卫生部门。

日期： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 参与患者的签名

日期： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

如适用：父母/监护人签名（法定代表人）

日期： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 如适用：父母/监护人签名（法定代表人）

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

我在此声明，上述参与者已充分了解该注册研究（CURE）的目的，性质，风险和益处，并且他/她已收到患者资料和本书面知情同意书的副本。

日期： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **调查员签名/ CURE参与医师**