

Prof. Dr. med. B. Schimmelmann  
Effingerstrasse 12  
CH-3011 Bern

Tel: 031 633 41 41  
benno.schimmelmann@kjp.unibe.ch



<sup>b</sup>  
**UNIVERSITÄT  
BERN**

Peter Mustermann  
Musterstrasse  
PLZ Musterbern

Bern, 02. Mai 2011

Sehr geehrte Frau XX / geehrter Herr YX,

Sie sind als mögliche/r Teilnehmer/in für eine vom **Schweizerischen Nationalfonds geförderte wissenschaftliche Studie der Universität Bern** zufällig aus Ihrem Gemeinderegister ausgewählt worden.

**Einige Menschen** entwickeln irgendwann einmal im Leben **seelische Probleme**, die zu starker persönlicher Belastung führen können. Für diese wird häufig zu spät oder keine Hilfe gesucht. Daher ist das **Ziel unserer Telefonumfrage**, mehr herauszufinden über:

1. Häufigkeit und Art einiger seelischer Probleme, die auch im Alltag auftreten können
2. Anlaufstellen für Personen mit seelischen Problemen
3. allgemeine Einstellungen zu seelischen Erkrankungen und deren Behandlung.

Diese Studie soll klären, wie betroffenen Personen im Kanton besser geholfen werden kann.

Die **Teilnahme** ist **freiwillig** und führt automatisch zur Teilnahme an einer **Verlosung**, in der durchschnittlich jeder **50. Teilnehmer gewinnt** und die folgende Gewinnverteilung hat:

Hauptgewinn 2'000 CHF					
sowie 1 × 1'500,	2 × 700,	15 × 350,	10 × 150,	10 × 75,	20 × 40

Wir werden Sie in den nächsten zwei Wochen für ein einmaliges telefonisches Interview kontaktieren. Dann wird auch die Möglichkeit bestehen, allfällige Fragen zur Studie zu klären, wobei eine individuelle Beratung über Probleme nicht erfolgen wird. Die erhobenen **Daten werden anonymisiert ausgewertet** und nicht an Dritte weitergegeben.

Die **Erfahrungen und Einstellungen jedes Einzelnen sind für eine zukünftige Verbesserung von Hilfsangeboten sehr wichtig!** Daher hoffen wir, dass wir Sie, Frau/Herr XY, zur Teilnahme an dieser wichtigen Studie gewinnen können. Bis dahin mit herzlichem Dank und freundlichen Grüssen

Prof. Dr. med. B. Schimmelmann  
Leiter der Forschungsabteilung KJP

Dr. phil. F. Schultze-Lutter  
Forschungsabteilung KJP



## Schriftliche Einverständniserklärung für Eltern zur Teilnahme ihres Kindes an der Risikokriterienstudie

- Bitte lesen Sie dieses Formular sorgfältig durch.
- Bitte fragen Sie, wenn Sie etwas nicht verstehen oder wissen möchten.

<b>Nummer der Studie:</b>	KEK-BE:174/10
<b>Titel der Studie:</b>	Früherkennung von Psychosen im Kindes- und Jugendalter: Vergleichende Studie zu den Risikokriterien
<b>Ort der Studie:</b>	Forschungsabteilung der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Bern
<b>Aufklärende/r StudienmitarbeiterIn:</b>	
Name und Vorname:	
<b>Mein Kind</b>	
Name und Vorname:	
Anschrift, PLZ, Ort:	
Festnetz und mobile Telefonnr.:	
Geburtsdatum und Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
<b>Eltern / Bezugsperson</b>	
Name und Vorname:	
Anschrift, PLZ, Ort:	
Festnetz und mobile Telefonnr.:	

- Ich wurde von der unterzeichnenden Studienmitarbeiterin (Prüferin) / dem unterzeichnenden Studienmitarbeiter (Prüfer) mündlich und schriftlich über die Ziele, über den Ablauf der Studie, über mögliche Vor- und Nachteile sowie über eventuelle Risiken für mein Kind informiert.
- Ich habe die zur oben genannten Studie abgegebene schriftliche Elterninformation gelesen und verstanden. Meine Fragen im Zusammenhang mit der Teilnahme an dieser Studie sind mir zufriedenstellend beantwortet worden. Ich kann die schriftliche Elterninformation behalten und erhalte eine Kopie meiner schriftlichen Einverständniserklärung.
- Ich hatte genügend Zeit, um meine Entscheidung zu treffen.
- Ich weiß, dass die persönlichen Daten meines Kindes nur in anonymisierter Form bei der Weiterverarbeitung und Archivierung und zu Forschungszwecken verwendet werden. Ich bin einverstanden, dass die zuständigen Fachleute der Kantonalen Ethikkommission zu Prüf- und Kontrollzwecken in die Originaldaten meines Kindes Einsicht nehmen dürfen, jedoch unter strikter Einhaltung der Vertraulichkeit.
- Ich und mein Kind nehmen an dieser Studie freiwillig teil. Ich kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Zustimmung zur Teilnahme widerrufen, ohne dass meinem Kind deswegen Nachteile bei der weiteren medizinischen Betreuung entstehen.
- Ich bin mir bewusst, dass während der Studie die in der Elterninformation genannten Anforderungen und Einschränkungen einzuhalten sind.
- Im Interesse der Gesundheit meines Kindes kann der Interviewer jederzeit mein Kind von der Studie ausschließen.

Ort, Datum	Unterschrift eines sorgeberechtigten Elternteils
Ort, Datum	Unterschrift des Kindes (falls ≤14 Jahre)

**Bestätigung der Prüferin/des Prüfers:** Hiermit bestätige ich, dass ich einem sorgeberechtigtem Elternteil Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie erläutert habe. Ich versichere, alle im Zusammenhang mit dieser Studie stehenden Verpflichtungen zu erfüllen. Sollte ich zu irgendeinem Zeitpunkt während der Durchführung der Studie von Aspekten erfahren, welche die Bereitschaft des Kindes zur Teilnahme an der Studie beeinflussen könnten, werde ich Sie und Ihr Kind umgehend darüber informieren.

Ort, Datum	Unterschrift des Prüfers / der Prüferin
------------	---

Bolligenstrasse 111, CH-3000 Bern 60  
Telefon 031 932 85 54, Telefax 031 932 85 69

---

**Ihr behandelnder Arzt / Ihre behandelnde Ärztin**

Name :

Anschrift, PLZ, Ort:

- 
- Ich erkläre mich mit der Weitergabe von den Ergebnissen der Studienuntersuchung über mein Kind an den behandelnden Arzt / die behandelnde Ärztin zur möglichen Anpassung der Behandlungsplanung einverstanden.

---

Ort, Datum

Unterschrift eines sorgeberechtigten Elternteils

---