

## Consent

I have read the study information material about PEDIA, or it has been read to me. I have had the opportunity to ask questions about it and any questions that I have asked were answered to my satisfaction. I consent voluntarily [for my child] to participate in this research. I have been informed that I can withdraw my consent at any time and without giving reasons. In the event of a revocation of consent, all attributable data will be deleted, and I will not suffer any disadvantages.

I consent for these photographs to be used in medical publications, including medical journals, textbooks, and electronic publications. I understand that the image may be seen by members of the general public, in addition to scientists and medical researchers that regularly use these publications in their professional education. Although these photographs will be used without identifying information such as my name, I understand that it is possible that someone may recognize me. I also agree for my images to be shown for training purposes of human and artificial intelligence (teaching of medical students and machine learning).

## Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich über das Wesen, die Bedeutung, Tragweite und Risiken der wissenschaftlichen Untersuchung im Rahmen der PEDIA Studie informiert wurde und ausreichend Gelegenheit hatte, meine Fragen hierzu in einem Gespräch mit dem Studienarzt zu klären. Ich habe die Teilnehmerinformation verstanden. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mich zurückziehen und einer Weiterverarbeitung meiner Daten und Proben jederzeit widersprechen und ihre Löschung bzw. Vernichtung verlangen kann. Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass molekulargenetische Untersuchungsergebnisse, die sich im Rahmen der Diagnosefindung ergeben, in pseudonymisierter Form an das Studienteam und Kollaborationspartner übermittelt werden dürfen, um die Güte der computergestützten Bildanalyse im Rahmen der Studie zu ermitteln.

Ich bin damit einverstanden, dass diese Fotos in medizinischen Publikationen, einschließlich medizinischer Fachzeitschriften, Lehrbüchern und elektronischer Publikationen, verwendet werden. Ich verstehe, dass das Bild von Mitgliedern der allgemeinen Öffentlichkeit gesehen werden kann, zusätzlich zu Wissenschaftlern und medizinischen Forschern, die diese Publikationen regelmäßig in ihrer beruflichen Ausbildung verwenden. Obwohl diese Fotos ohne identifizierende Informationen wie meinen Namen verwendet werden, ist mir bewusst, dass es möglich ist, dass mich jemand erkennt. Ich bin auch damit einverstanden, dass meine Bilder zu Lehrzwecken von Medizinstudenten und künstlichen Intelligenzen (KI) verwendet werden.

---

### Patient

Name: \_\_\_\_\_

First name: \_\_\_\_\_

Date of birth: \_\_\_\_\_

### Signee

Name: \_\_\_\_\_

First name: \_\_\_\_\_

Signing on behalf of: \_\_\_\_\_

☐ Selbst

☐ Mein Kind

☐ Betreute Person

Place: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

### Signature