



Trauma Screening

Studieninformation für Kinder und Jugendliche

Wir möchten Dich gerne zur Teilnahme an einem Forschungsprojekt zum Traumascreening von Kindern und Jugendlichen einladen („Internationale Entwicklung und Validierung eines Trauma-Screeningfragebogens für Kinder und Jugendliche - Child and Adolescent Trauma Screening CATS“). Wir wollen wissen, wie Kinder mit Dingen umgehen, die sie erlebt haben und die sie schwer belasten, und wie man ihnen am besten helfen kann. Das Ziel unserer Studie ist die Entwicklung eines Fragebogens zur Messung von Belastung durch eines oder mehrerer erlebter traumatischer Ereignisse von Kindern und Jugendlichen. Zur Entwicklung des Fragebogens möchten wir Dich bitten, mehrere kurze Fragebögen auszufüllen. In diesen möchten wir gerne von Dir wissen, ob und wie Du durch erlebte, belastende Ereignisse aktuell Probleme hast.

WARUM IST FORSCHUNG WICHTIG?

Die Forschung und Deine Studienteilnahme können anderen Kindern und Jugendliche helfen, die in diesem Bereich auch Probleme haben.

WER DARF MITMACHEN?

Zur Studie eingeladen werden Kinder und Jugendliche zwischen 7 und 17 Jahren, die eine belastende Erfahrung gemacht haben. Zusätzlich möchten wir auch, dass Deine Eltern oder Deine Sorgeberechtigten an der Studie teilnehmen. Wir freuen uns über jeden, der mitmachen möchte.

WAS MUSS ICH TUN?

Wenn Du an der Studie teilnehmen möchtest, dann bitten wir Dich und Deine Eltern die Fragen und die Einverständniserklärungen auszufüllen. Die Bearbeitung dauert etwa 20 Minuten. Das Tablet solltest Du dann bei der Person, welche Dir das Tablet ausgeteilt hat, abgeben.

IST ES GEFÄHRLICH AN DER STUDIE TEILZUNEHMEN?

Manche der Fragen sind vielleicht schwer zu beantworten, ansonsten sind aber keine Probleme oder Gefahren bekannt. Bei Fragen und Problemen kannst Du Dich an:
Herr Sachser, Tel. (0731) 500-62658; cedric.sachser@uniklinik-ulm.de
und Herr Goldbeck, Tel. (0731) 500-61661; lutz.goldbeck@uniklinik-ulm.de
als Ansprechpartner wenden.

WAS DU NOCH WISSEN SOLLTEST:

Die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt ist freiwillig. Du kannst Dir alles in Ruhe überlegen und Dich auch nachträglich entscheiden, doch nicht an der Studie teilzunehmen. Dadurch entstehen keine Nachteile für Dich und Deine Behandlung. Alles, was Du in den Fragebögen ankreuzt und alles was wir von Deinen Eltern über Dich erfahren, wird niemand anderem verraten.

Wir freuen uns über Deine Beteiligung!



**Prof. Dr. Lutz Goldbeck
Projektleiter,
Universitätsklinikum Ulm**



Trauma Screening

Einwilligungserklärung für Kinder und Jugendliche

Studie: Internationale Entwicklung und Validierung eines Trauma-Screeningfragebogens für Kinder und Jugendliche - Child and Adolescent Trauma Screening CATS

Ort, Datum

Name des Prüfarztes

Unterschrift des Prüfarztes

Ich habe die Information zu der Studie, um die es hier geht, von oben genannter Person bekommen. Ich weiß jetzt, worum es geht, dass ich jederzeit Fragen dazu stellen kann und die Teilnahme jederzeit abbrechen kann.

Ich hatte genügend Zeit, mir gemeinsam mit meinen Eltern zu überlegen, ob ich an der Studie teilnehmen möchte.

Ich möchte bei der Studie mitmachen und willige in die Teilnahme am Forschungsprojekt ein.

Meine Telefonnummer

Ort, Datum

Mein Name

Meine Unterschrift

INFORMATION UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

Bei wissenschaftlichen Studien werden persönliche Daten und medizinische Befunde über Dich erhoben. Die Speicherung, Auswertung und Weitergabe dieser studienbezogenen Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor Teilnahme an der Studie folgende freiwillige Einwilligung voraus:

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten/ Krankheitsdaten auf Fragebögen und elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und ohne Namensnennung verarbeitet werden
2. Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass eine autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Person (z.B.: des Auftraggebers, der Universität) in meine erhobenen personenbezogenen Daten Einsicht nimmt, soweit dies für die Überprüfung des Projektes notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinde ich den Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht

Ort, Datum

Mein Name

Meine Unterschrift

