

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Klinik und Poliklinik für Kinder- und

Jugendmedizin Direktor: Prof. Dr. med. R. Berner



Corona Forschung

Studienleitung: Prof. Dr. med. R. Berner u. Dr. med. J. Armann

Daten Studienteilnehmerin/-teilnehmer	
Name	Vorname
Geburtsdatum	Telefon
Straße/Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort

Tel.: (0351) 458-11577
Fax: (0351) 458-88 11577
SchoolCovidd19@uniklinikum-dresden.de
Dresden, 16.11.2020

Studien-ID: SC _____
(wird vom Prüfarzt ausgefüllt)

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus Dresden
an der Technischen
Universität Dresden
Anstalt des öffentlichen Rechts
des Freistaates Sachsen

Hausanschrift:
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Telefon 0351 458-0

SchoolCoviDD19

Prospektive Erfassung der SARS-CoV-2 Seropositivität bei Schulkindern nach Ende der unterrichtsfreien Zeit aufgrund der Corona-Schutz-Verordnung

Einverständniserklärung der Studienteilnehmer und deren Eltern

Studienteilnahme

- Ich wurde über Methoden der oben genannten Studie aufgeklärt.
- Das Informationsblatt habe ich gelesen und ich wurde zusätzlich mündlich über die Studie aufgeklärt. Ich hatte ausreichend Zeit, über diese Entscheidung nachzudenken. Ich weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist.
- Alle Fragen zur Datenerhebung und zu den laborchemischen Untersuchungen wurden beantwortet. Ich weiß, dass einer der unten genannten verantwortlichen Ärzte auch in Zukunft zur Verfügung steht, wenn ich Fragen zur Teilnahme und zu meinen Rechten als Teilnehmer habe
- Eine Aufklärung über meine Rechte entsprechend der Europäischen Datenschutzgrundverordnung ist erfolgt.

Ich bin damit einverstanden, dass

- Eine Blutentnahme zur Bestimmung von Antikörpern gegenüber dem neuen Coronavirus SARS-CoV-2 erfolgt.
 Ja
 Nein
- Nach der serologischen Untersuchung verbliebenes Blut wird für 5 Jahre in der Kinderklinik des UKD aufbewahrt und gegebenenfalls für weitere Untersuchungen im Rahmen von Forschung zu Biomarkern der COVID-19-Erkrankung genutzt.
 Ja
 Nein
- Zudem bin ich damit einverstanden, nach der Untersuchung telefonisch kontaktiert zu werden, um ggf. weitere Informationen mit Ihnen auszutauschen
 Ja, unter folgender E-Mail-Adresse (ggf. Telefon-Nummer):

 Nein

Ich wurde darüber aufgeklärt und ich stimme zu, dass meine Daten in pseudonymisierter Form (d. h. ohne Nennung von Namen) aufgezeichnet, ausgewertet und Daten ggfs. auch in anonymisierter Form weitergegeben werden können (bspw. um die Seropositivität von Schulkindern in Dresden mit der in anderen Städten in Sachsen oder in anderen Bundesländern zu vergleichen). Identifizierende, personengebundene Daten liegen ausschließlich am Daten-erhebenden Zentrum in Dresden vor, es werden ausschließlich anonymisierte Daten weitergegeben. Dritte erhalten ausschließlich Einblick in anonymisierte Unterlagen. Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen wird mein Name nicht genannt. Eine Aufklärung über meine Rechte entsprechend der Europäischen Datenschutzgrundverordnung ist erfolgt.

Seite 1 von 2



An der Einfahrt Fiedlerstraße steht unser Parkhaus mit 500 Stellplätzen zur Verfügung. Sie erreichen uns auch mit den Straßenbahnlinien 6 und 12 sowie den Buslinien 62 und 64.

DIE DEUTSCHEN
UNIVERSITÄTSKLINIKUM®
Wir sind Spitzenmedizin



Vorstand:

Prof. Dr. med. D. M. Albrecht
(Medizinischer Vorstand, Sprecher)
Janko Haft, kommissarisch
(Kaufmännischer Vorstand)

Vorsitzender des

Aufsichtsrates:
Prof. Dr. med. G. Brunner

Bankverbindungen:

Commerzbank
IBAN DE28 8508 0000 0509 0507 00
BIC DRES DE FF 850

Ostsächsische Sparkasse Dresden
IBAN DE28 8505 0300 3120 1377 81
BIC OSDD DE 81

Deutsche Kreditbank AG
IBAN DE78 1203 0000 0011 2073 70
BIC BYLADEM1001

USt-IDNr.: DE 140 135 217
USt N 203 145 03113

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus



Ich willige ein, dass ein autorisierter und zur Verschwiegenheit verpflichteter Beauftragter der Ethikkommission in meine personenbezogenen Daten Einsicht nimmt, soweit dies für die Überprüfung der ordnungsgemäßen Studie notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinde ich den zuständigen Studienleiter von der ärztlichen Schweigepflicht.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis an dieser Studie teilzunehmen. Eine Kopie des Informationsblattes und der Einverständniserklärung habe ich erhalten.

.....
Ort, Datum *Name in Druckbuchstaben und Unterschrift des Studienteilnehmer (Schüler)*

.....
Ort, Datum *Name in Druckbuchstaben und Unterschrift der/-s ersten Sorgeberechtigten*

Es gibt eine/-n weitere/-n Sorgeberechtigte/-n: Ja Nein

.....
Ort, Datum *Name in Druckbuchstaben und Unterschrift der/-s zweiten Sorgeberechtigten*

.....
Ort, Datum *Name in Druckbuchstaben und Unterschrift der aufklärenden Ärztin/ des aufklärenden Arztes*