

## CorKid

Serokonversionsrate von SARS-CoV-2 bei Kindern und Jugendlichen und ihren Eltern im Ruhrgebiet

Universitätsklinik für  
Kinder- und Jugendmedizin  
Direktor  
Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Lücke

Sandra Kühn (Sekretariat)  
Telefon 0234/509-2611  
Telefax 0234/509-2612  
sandra.kuehn@klinikum-bochum.de  
www.kinderklinik-bochum.de

CorKid-Studienzentrum  
Telefon 0234/ 509-6673  
E-Mail CorKid@klinikum-bochum.de

### Einverständniserklärung Eltern

Bitte lesen Sie dieses Formular sorgfältig durch.

Bitte fragen Sie, wenn Sie etwas nicht verstehen oder etwas wissen möchten.

<b>Patient/ Patientin</b>
<b>Name, Vorname:</b>
<b>Geburtsdatum:</b>

Ich/ Wir wurde/n vom unterzeichnenden Prüfer mündlich und schriftlich über die Ziele, den Ablauf der Studie, über die zu erwartenden Wirkungen, über mögliche Vor- und Nachteile sowie über eventuelle Risiken informiert.

Ich/ Wir habe/n die zur oben genannten Studie abgegebene schriftliche Information gelesen und verstanden. Meine/ Unsere Fragen im Zusammenhang mit der Teilnahme an dieser Studie sind mir zufriedenstellend beantwortet worden. Ich kann/ Wir können die schriftliche Information behalten und erhalte eine Kopie meiner/ unserer schriftlichen Einverständniserklärung.

Ich/Wir hatte/n genügend Zeit, um meine Entscheidung zu treffen.

Ich/Wir weiß/wissen, dass ich/wir keine unmittelbaren Rechte an den Untersuchungsergebnissen oder eventuell daraus resultierenden Einkommen habe/haben.

Ich/Wir bin/sind unbeschränkt geschäftsfähig.

Ich weiß/ Wir wissen, dass die persönlichen Daten meines/ unseres Kindes nur in pseudonymisierter Form an außenstehende Institutionen zu Forschungszwecken weitergegeben werden.

Die Teilnahme meines/ unseres Kindes an der Studie ist freiwillig. Ich kann/ Wir können jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine/ unsere Zustimmung zur Teilnahme meines/ unseres Kindes wider-

rufen, ohne dass mein/ unser Kind deswegen Nachteile bei der weiteren medizinischen Betreuung entstehen. Ich kann/Wir können die Vernichtung der Daten meines/unseres Kindes fordern, ohne dass ihm daraus irgendwelche Nachteile entstehen. Außerdem weiß ich/wissen wir, dass ich/wir jederzeit das Recht auf unentgeltliche Auskunft über die gespeicherten personenbezogenen Daten meines / unseres Kindes haben kann/können, sowie ein Recht auf Berichtigung, auf Löschung, auf Einschränkung der Verarbeitung dieser Daten habe/n.

Mir /uns ist bekannt, dass bei diesem Forschungsvorhaben personenbezogene Daten, insbesondere medizinische Befunde erhoben, in pseudonymisierter Form gespeichert und ausgewertet werden sollen. Die Verwendung der Angaben über die Gesundheit meines / unseres Kindes erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor der Teilnahme an dem Forschungsvorhaben meine / unsere freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus, das heißt ohne die nachfolgende Einwilligung kann ich / können wir mit dem Kind nicht an dem Forschungsvorhaben teilnehmen.

Hierzu sowie zu weiteren Fragen zum Thema personenbezogene Daten kann ich mich / können wir uns jederzeit an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten wenden. Ich habe / Wir haben das Recht mich / uns bei der Datenschutzaufsicht zu beschweren. Der Prüfarzt ist mein / unser verantwortlicher Ansprechpartner bezüglich der Datenverarbeitung.

Im Interesse der Gesundheit meines/ unseres Kindes kann der Prüfer mein/ unser Kind jederzeit von der Studie ausschließen.

**Ich/Wir willige(n) in die Teilnahme meines/ unseres Kindes an der Studie ein:**

**Ich (Kind / Jugendlicher) bin mit der Teilnahme an der Studie einverstanden:**

---

Name des Kindes / Jugendlichen	Unterschrift des Kindes / Jugendlichen	Datum
--------------------------------	--	-------

---

Name der Mutter / Erziehungsberechtigten	Unterschrift Mutter / Erziehungsberechtigten	Datum
--	--	-------

---

Name des Vaters / 2. Erziehungsberechtigten	Unterschrift Vater / 2. Erziehungsberechtigten	Datum
---	--	-------

---

Name des Prüfarztes	Unterschrift des Prüfarztes	Datum
---------------------	-----------------------------	-------

**Ich/ Wir wünschen im Rahmen der Studie**

**keine** genetische Diagnostik.

---

Name der Mutter / Erziehungsberechtigten	Unterschrift Mutter / Erziehungsberechtigten	Datum
--	--	-------

---

Name des Vaters / 2. Erziehungsberechtigten	Unterschrift Vater / 2. Erziehungsberechtigten	Datum
---	--	-------