

## CorKid

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

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 erwachsene Teilnehmer

Bitte lesen Sie dieses Formular sorgfältig durch.

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

<b>Proband/ Probandin</b>
<b>Name, Vorname:</b>
<b>Geburtsdatum:</b>

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

Ich hatte genügend Zeit, um meine Entscheidung zu treffen.

Ich weiß, dass ich keine unmittelbaren Rechte an den Untersuchungsergebnissen oder eventuell daraus resultierenden Einkommen habe.

Ich bin unbeschränkt geschäftsfähig.

Ich weiß, dass meine persönlichen Daten nur in pseudonymisierter Form an außenstehende Institutionen zu Forschungszwecken weitergegeben werden.

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Ich kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Zustimmung zur Teilnahme widerrufen, ohne dass mir oder meiner Familie deswegen Nachteile bei

der weiteren medizinischen Betreuung entstehen. Ich kann die Vernichtung meiner Daten fordern, ohne dass daraus irgendwelche Nachteile entstehen. Außerdem weiß ich, dass ich jederzeit das Recht auf unentgeltliche Auskunft über die gespeicherten personenbezogenen Daten haben kann, sowie ein Recht auf Berichtigung, auf Löschung, auf Einschränkung der Verarbeitung dieser Daten habe.

Mir 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 meine Gesundheit erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor der Teilnahme an dem Forschungsvorhaben meine freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus, das heißt ohne die nachfolgende Einwilligung kann ich nicht an dem Forschungsvorhaben teilnehmen.

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

Im Interesse meiner Gesundheit kann der Prüfer mich jederzeit von der Studie ausschließen.

#### **Ich willige in die Teilnahme an der Studie ein:**

---

Name des Probanden	Unterschrift	Datum
--------------------	--------------	-------

---

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

#### **Ich wünsche im Rahmen der Studie**

**keine** genetische Diagnostik.

---

Name des Probanden	Unterschrift	Datum
--------------------	--------------	-------