



Einwilligung der Eltern zur Begleitstudie zum Modellprojekt des Bayerischen Gesundheitsministeriums: „Post COVID Kids Bavaria Netzwerk“

Ich habe „I. Aufklärung über die Studie“ sowie „II. Datenschutzerklärung“ gelesen und zur Kenntnis genommen. Meine eventuellen Rückfragen konnten mir durch die für die Untersuchung zuständige Person zufriedenstellend beantwortet werden und ich hatte ausreichend Zeit, die Teilnahme **meines nachfolgend genannten Kindes** an dem Vorhaben zu überdenken.

.....
Vorname des Teilnehmenden
(Kind)

.....
Name des Teilnehmenden
(Kind)

__ __ __ __ __
Geburtsdatum

Im Folgenden gebe ich mein Einverständnis für die angekreuzten Punkte:

- Teilnahme meines Kindes an der Studie mit dem Wissen, dass die Untersuchung und Studie jederzeit von mir beendet werden kann.
- Ich willige ein, dass bei meinem Kind bei einer Standardblutabnahme zusätzlich 10 ml Blut abgenommen und für die Zwecke der Studie verarbeitet und analysiert werden (alternativ 20 ml bei Kindern >12 Jahren).
- Verarbeitung der Daten meines Kindes nur zu Studienzwecken und Zwecken, die mit dem Studienziel verwandt sind
- Verwenden der erhobenen Daten meines Kindes zu studienfremden Zwecken im Forschungsbereich der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin der Klinik St. Hedwig, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Lehrstuhl für Kinder- und Jugendmedizin der Universität Regensburg
- Verarbeitung von Analysedaten zur Augengesundheit und Blutparameter in pseudonymer Form (meinem Kind nicht zuordenbar) durch Kooperationspartner in Erlangen (Max-Planck-Institut und FAU Erlangen, Augenklinik der Universitätsklinik Erlangen)
- Weiterleiten von Studiendaten in anonymisierter Form (meinem Kind nicht zuordenbar) zur Qualitätssicherung und Validierung von Fragebögen an das deutsche PROMIS® National Center (German PNC) an der Charité – Universitätsmedizin Berlin
- Abfrage von Befunden meines Kindes von meinem*er Kinder-/ Haus-/ Facharzt*in
- Einladung zur Beantwortung von Fragebögen (z.B. Versorgungsforschung).
- Weiterleitung meiner Kontaktdaten an die Treuhandstelle zur Kontaktaufnahme im Rahmen der Versorgungsforschung für die Beantwortung von Fragebögen und Fragen in Telefon-Interviews

Falls sich im Laufe der Untersuchung oder bei der Auswertung der Daten meines Kindes medizinisch relevante Zufallsbefunde ergeben, möchte ich, dass Folgendes geschieht:

- Zufallsbefunde sollen mir mitgeteilt werden.
- Zufallsbefunde sollen mir nicht mitgeteilt werden.

Bezüglich der Biomaterialproben meines Kindes möchte ich, dass Folgendes geschieht:

- Die Biomaterialproben meines Kindes dürfen ausschließlich für die hier beschriebene Untersuchung analysiert werden und nicht für Untersuchungsfragen, die sich während oder aus der Untersuchung ergeben.
- Die Biomaterialproben meines Kindes dürfen zu studienfremden Zwecken im Forschungsbereich der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin der Klinik St. Hedwig, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Lehrstuhl für Kinder- und Jugendmedizin der Universität Regensburg verwendet werden.

Im Falle eines Widerrufs meiner Einwilligung zur Studienteilnahme meines Kindes:

- Dürfen alle bisher erhobenen Daten meines Kindes für die Zwecke dieser Studie weiterverwendet werden.
- Dürfen bisher erhobenen Daten meines Kindes –mit Ausnahme von Biomaterialien– für die Zwecke dieser Studie weiterverwendet werden.
- Dürfen alle bisher erhobenen Daten meines Kindes auch zu studienfremden Zwecken in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin der Klinik St. Hedwig, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Lehrstuhl für Kinder- und Jugendmedizin der Universität Regensburg weiterverwendet werden.
- Dürfen alle bisher erhobenen Daten meines Kindes –mit Ausnahme von Biomaterialien– auch zu studienfremden Zwecken in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin der Klinik St. Hedwig, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Lehrstuhl für Kinder- und Jugendmedizin der Universität Regensburg weiterverwendet werden.
- Müssen alle nicht mehr benötigten Daten meines Kindes unverzüglich gelöscht werden.

Meine Einwilligung zur Studienteilnahme meines Kindes ist freiwillig und ich kann diese jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

(Datum, Name & Unterschrift *Prüfarzt*in*)

(Datum, Name & Unterschrift des sorgeberechtigten Elternteils)

Studien-ID des Teilnehmers:
vom Arzt **in* auszufüllen