



## Einwilligung für Kinder/Jugendliche von 12-17 Jahren 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, meine Teilnahme an dem Vorhaben zu überdenken.

.....  
Vorname des Teilnehmenden

.....  
Name des Teilnehmenden

\_|\_| |\_| |\_| |\_|\_|\_|  
Geburtsdatum

Im Folgenden gebe ich mein Einverständnis für die angekreuzten Punkte:

- Teilnahme an der Studie mit dem Wissen, dass die Untersuchung und Studie jederzeit von mir beendet werden kann.
- Ich willige ein, dass bei mir 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 meiner Daten nur zu Studienzwecken und Zwecken, die mit dem Studienziel verwandt sind.
- Verwenden der erhobenen Daten 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 (mir nicht zuordenbar) durch Kooperationspartner in Erlangen (Max-Planck-Institut und FAU Erlangen, Augenklinik der Universitätsklinik Erlangen)
- Weiterleiten von Studiendaten in anonymisierter Form (mir nicht zuordenbar) zur Qualitätssicherung und Validierung von Fragebögen an das deutsche PROMIS® National Center (German PNC) an der Charité – Universitätsmedizin Berlin
- Abfrage von Befunden 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

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

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

Bezüglich meiner Biomaterialproben möchte ich, dass Folgendes geschieht:

- Meine Biomaterialproben dürfen ausschließlich für die hier beschriebene Untersuchung analysiert werden und nicht für Untersuchungsfragen, die sich während oder aus der Untersuchung ergeben.
- Meine Biomaterialproben 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:

- Dürfen alle meine bisher erhobenen Daten für die Zwecke dieser Studie weiterverwendet werden.
- Dürfen meine bisher erhobenen Daten –mit Ausnahme von Biomaterialien– für die Zwecke dieser Studie weiterverwendet werden.
- Dürfen alle meine bisher erhobenen Daten 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 meine bisher erhobenen Daten –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 meine nicht mehr benötigten Daten unverzüglich gelöscht werden.

Meine Einwilligung zur Studienteilnahme 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 Teilnehmenden)

---

**Studien-ID des Teilnehmenden:**  
vom Arzt\*in auszufüllen