



**KitaCoviDD19-Studie**

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

Tel.: (0351) 458-11577  
Fax: (0351) 458-88 11577  
kitacovidd19@uniklinikum-dresden.de  
Dresden, 31.08.2021

**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  
www.uniklinikum-dresden.de

**KitaCoviDD19 SARS-CoV2 Surveillance im Vorschulalter  
Einwilligungserklärung durch gesetzliche Vertreter**

Daten Studienteilnehmer/in (Kind)	
Name	Vorname
Geburtsdatum	Telefon
Straße/Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort
E-Mail-Adresse	
Name oder Straße der Einrichtung	

**Studien-ID:**

**KC** \_\_\_\_\_  
(wird vom Prüfarzt ausgefüllt)

**Studienteilnahme**

- ✓ Ich wurde über die Methoden der oben genannten Studie aufgeklärt.
- ✓ Die Probandeninformation habe ich gelesen. Es bestand zusätzlich die Möglichkeit eine mündliche Aufklärung einzuholen und alle Fragen mit den verantwortlichen Personen zu klären. Ich hatte ausreichend Zeit, über die Entscheidung zur Studienteilnahme nachzudenken. Ich weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist.
- ✓ Alle Fragen zur Datenerhebung und zu den laborchemischen Untersuchungen wurden beantwortet. Ich weiß, dass einer der 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 wurde darüber aufgeklärt und willige ein, dass**

- wöchentlich eine Speichelprobe meines Kindes (Probengewinnung per „Lolli-Test“) auf SARS-CoV-2 untersucht wird (PCR).
- ich bei Auffälligkeiten im Testergebnis per E-Mail oder telefonisch kontaktiert werde, um ggf. weitere studienbezogene Informationen mit Ihnen auszutauschen.



**Vorstand:**  
Prof. Dr. med. D. M. Albrecht  
(Medizinischer Vorstand, Sprecher)  
Frank Ohi (Kaufmännischer Vorstand)

**Vorsitzender des  
Aufsichtsrates:**  
Univ.-Doz. Dr. G. Brunner

**Bankverbindungen:**  
Commerzbank  
IBAN DE68 8508 0000 0509 0507 00  
BIC DRES DEFF 850

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

Deutsche Kreditbank AG  
IBAN DE78 1203 0000 0011 2073 70  
BIC BYLA DEM1 001

UST-IDNr.: DE 140 135 217  
St-Nr.: 203 145 03113



- dass die persönlichen Daten meines Kindes (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse des Kindes, Telefonnummer und ggf. E-Mail-Adresse) bei positivem Testergebnis an das zuständige Gesundheitsamt weitergegeben werden dürfen.
- dass das Testergebnis der Einrichtung mitgeteilt werden darf.

### Datenschutz

Ich wurde darüber aufgeklärt und willige ein, dass die Daten meines Kindes in pseudonymisierter Form (d. h. ohne Nennung von Namen) gespeichert, ausgewertet und ggfs. auch in anonymisierter Form weitergegeben werden können (bspw. um die Ausbreitung von SARS-CoV-2 in Dresden mit anderen Städten und Regionen in Sachsen 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 werden mein Name und der Name der Kindertagesbetreuungseinrichtung meines Kindes nicht genannt. Eine Aufklärung über meine Rechte entsprechend der Europäischen Datenschutzgrundverordnung ist erfolgt.

**Hiermit willige ich ein, dass mein Kind an dieser Studie teilnimmt. Eine Kopie der Probandeninformation und der Einverständniserklärung habe ich/haben wir erhalten.**

.....  
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