



SchoolCoviDD19-Studie

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

Tel.: (0351) 458-11577

Fax: (0351) 458-88 11577

schoolcovidd19@uniklinikum-dresden.de

Dresden, 08.04.2022

Prospektive Erfassung der SARS-CoV-2 Seropositivität bei Schüler:innen und Lehrer:innen nach Ende der unterrichtsfreien Zeit aufgrund der Corona-Schutz-Verordnung

Einverständniserklärung der Studienteilnehmer:innen und deren Eltern

Daten Studienteilnehmer:in	
Name	Vorname
Geburtsdatum	Telefon
Straße/Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort
E-Mail-Adresse	
Schule	

Studien-ID:

SC _____

(wird von Prüfärzt:in ausgefüllt)

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

Studienteilnahme

- ✓ Ich wurde über Methoden der oben genannten Studie aufgeklärt.
- ✓ Das Informationsblatt habe ich gelesen und ich wurde zusätzlich mündlich über die Studie aufgeklärt.
- ✓ Ich hatte ausreichend Zeit, über diese Entscheidung nachzudenken. Ich weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist.
- ✓ Alle Fragen zur Datenerhebung und zu den laborchemischen Untersuchungen wurden beantwortet.
- ✓ Ich weiß, dass einer der unten genannten verantwortlichen Ärzt:innen 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 bin damit einverstanden, dass

- o Eine Blutentnahme zur Bestimmung von Antikörpern gegenüber dem Coronavirus SARS-CoV-2 erfolgt.
 - Ja
 - Nein



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



- o Nach der serologischen Untersuchung verbliebenes Blut wird für 5 Jahre in der Kinderklinik des UKD aufbewahrt und gegebenenfalls für weitere Untersuchungen im Rahmen von Forschung zu Biomarkern der COVID-19-Erkrankung genutzt.
 - Ja
 - Nein
- o Zudem bin ich damit einverstanden, nach der Untersuchung telefonisch kontaktiert zu werden, um ggf. weitere Informationen mit Ihnen auszutauschen.
 - Ja
 - Nein

Ich wurde darüber aufgeklärt und ich stimme zu, dass meine Daten in pseudonymisierter Form (d. h. ohne Nennung von Namen) aufgezeichnet, ausgewertet und Daten ggfs. auch in anonymisierter Form weitergegeben werden können (bspw. um die Seropositivität von Schüler:innen in Dresden mit der in anderen Städten in Sachsen oder in anderen Bundesländern 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 wird mein Name nicht genannt. Eine Aufklärung über meine Rechte entsprechend der Europäischen Datenschutzgrundverordnung ist erfolgt.

Ich willige ein, dass eine autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete beauftragte Person der Ethikkommission in meine personenbezogenen Daten Einsicht nimmt, soweit dies für die Überprüfung der ordnungsgemäßen Studie notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinde ich den zuständigen Studienleiter von der ärztlichen Schweigepflicht.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis an dieser Studie teilzunehmen. Eine Kopie des Informationsblattes und der Einverständniserklärung habe ich erhalten.

.....
Ort, Datum *Name in Druckbuchstaben und Unterschrift der Studienteilnehmenden (Schüler:in)*

.....
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/des aufklärenden Ärzt:in*