DGPI
Deutsche Gesellschaft
für Pädiatrische Infektiologie e.V.

Patientendaten (Aufkleber)	
Name	Vorname
Geburtsdatum	Telefon
Straße/Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort

Daten der Eltern	
Name der Mutter	Vorname der Mutter
Name des Vaters	Vorname des Vaters

Klinikinterne Patienten ID : _____

Erfassung von Krankheitsverläufen bei Infektion durch SARS-CoV-2 im Jugendalter

Einverständniserklärung der Eltern/ Sorgeberechtigten und des Patienten/ der Patientin

Teilnahme an einer multizentrischen Datenerhebung

- ○ Ich wurde/ wir wurden über Methoden der Erfassung von Krankheitsverläufen bei Infektionen durch SARS-CoV-2 im Jugendalter aufgeklärt.
- ○ Das Informationsblatt habe ich/ haben wir gelesen und ich wurde/ wir wurden zusätzlich mündlich über die Studie aufgeklärt. Ich hatte/ wir hatten ausreichend Zeit, über diese Entscheidung nachzudenken, und ich weiß/wir wissen, dass die Teilnahme freiwillig ist.
- ○ Alle Fragen zur Datenerhebung wurden beantwortet. Ich weiß/ wir wissen, dass einer der unten genannten verantwortlichen Ärzte auch in Zukunft zur Verfügung steht, wenn ich/ wir Fragen zur Teilnahme und zu meinen/ unseren Rechten als Teilnehmer habe/ haben.

Ich bin/ wir sind damit einverstanden, dass

- ○ Informationen über den Krankheitsverlauf und Therapie meiner Erkrankung bzw. der Erkrankung meines Sohnes/ meiner Tochter zentral in Dresden gespeichert werden.

Ich wurde/ wir wurden darüber aufgeklärt und stimme/-n zu, dass die erhobenen Daten meines/ unseres Kindes sowie meine eigenen Daten in pseudonymisierter Form (d. h. ohne Nennung von Namen) aufgezeichnet, ausgewertet und Daten ggfs. auch in pseudonymisierter Form weitergegeben werden können. Dritte erhalten jedoch keinen Einblick in personenbezogene Unterlagen. Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen wird der Name meines/ unseres Kindes und mein Name ebenfalls nicht genannt.

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

....
Ort, Datum *Name in Druckbuchstaben und Unterschrift des Patienten/ der Patientin*

Hiermit erkläre ich mein/ erklären wir unser Einverständnis, dass mein/ unser Kind an dieser Datenerhebung teilnimmt. Eine Kopie des Informationsblattes und der Einverständniserklärung habe ich/ haben wir erhalten.

....
Ort, Datum *Name in Druckbuchstaben und Unterschrift des ersten Sorgeberechtigten*

....
Ort, Datum *Name in Druckbuchstaben und Unterschrift des zweiten Sorgeberechtigten*

....
Ort, Datum *Name in Druckbuchstaben und Unterschrift der/des aufklärenden Ärztin/Arztes*