

Bitte geben Sie oder Ihr Kind diese Seite unterschrieben im Schulsekretariat ab.



Studie „STACAMA“ Einwilligungserklärung der Eltern

Hiermit erkläre ich,

.....
Nachname des sorgeberechtigten Elternteils Vorname Geburtsdatum
.....
|_|_| |_|_| |_|_|_|

dass ich schriftlich über das Wesen, die Bedeutung, die Vorteile und die Risiken der wissenschaftlichen Untersuchungen im Rahmen der o.g. Studie informiert wurde und ausreichend Gelegenheit hatte, telefonisch, per E-Mail und/oder persönlich meine Fragen mit dem/der Studienmitarbeiter/in zu klären.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme freiwillig ist und ich das Recht habe, meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen durch eine E-Mail an stacama@med.ovgu.de zurückzuziehen. Ich habe die schriftliche Studieninformation, die ergänzenden Informationen für Studienteilnehmer gemäß Europäischer Datenschutz-Grundverordnung für medizinische Forschungsvorhaben und eine Kopie meiner Einwilligungserklärung erhalten.

Ich erkläre, dass mein Kind

.....
Vorname Name Geburtsdatum
.....
|_|_| |_|_| |_|_|_|

an der oben genannten Studie teilnimmt.

.....
Datum Unterschrift

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie für die folgenden Punkte Ihr Einverständnis geben und unterschreiben Sie anschließend diese Einwilligungserklärung.

Ja / Nein

- Mir ist bekannt, dass bei dieser Studie Daten, insbesondere medizinische Laborbefunde, über mein Kind erhoben, gespeichert und ausgewertet werden sollen.
- Ich bin mit der Beantwortung eines Fragebogens, z. B. zum Alter und Geschlecht meines Kindes und zur evtl. COVID-19-Symptomatik sowie Feedback zur Studie einverstanden.
- Ich willige ein, dass bei meinem Kind nach dem Zufallsprinzip bis zu zweimal pro Woche für eine Dauer von 16- Schulwochen Rachenpülungen zur SARS-CoV-2 Diagnostik durchgeführt werden.