



Institut für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit  
Augustenburger Platz 1, Südring 2-3, 13353 Berlin

**Institut für Tropenmedizin und Internationale  
Gesundheit**

Komm. Direktor: Herr Prof. Dr. med. Frank Mockenhaupt

Tel. +49 (0)30 450 565 712  
Fax +49 (0)30 450 565 989  
<http://tropeninstitut.charite.de/>

## Einwilligungserklärung

(Version vom 19.06.2020)  
für die Teilnahme am:

### „Offenes“ Screening auf SARS-CoV-2 Infektionen bei asymptomatischen Mitarbeiter\*innen von Berliner Kindertagesstätten

Hiermit erkläre ich

|         |      |              |
|---------|------|--------------|
|         |      |              |
| Vorname | Name | Geburtsdatum |

dass ich über das Wesen, die Bedeutung und die Risiken der wissenschaftlichen Untersuchungen im Rahmen des o.g. Screenings informiert wurde und ausreichend Gelegenheit hatte, meine Fragen zu klären.

Mir ist bekannt, dass ich das Recht habe, meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mich zurückzuziehen und einer Weiterverarbeitung meiner Daten und Proben widersprechen und ihre Vernichtung verlangen kann.  
Ich habe eine Kopie der schriftlichen Teilnehmerinformation (vers. 19.6.2020) erhalten.

**Ich erkläre, dass ich freiwillig an dem Screening teilnehme.**

**Ich erkläre mich damit einverstanden,**

- 1. dass meine für den Zweck des o.g. Screenings nötigen personenbezogenen Daten, wie in der Teilnehmerinformation mit Versionsdatum 19.06.2020 beschrieben, durch den Leiter des Screenings erhoben und pseudonymisiert aufgezeichnet und verarbeitet werden, auch auf elektronischen Datenträgern;**
- 2. dass die Ergebnisse des Screenings in anonymer Form, die keinen Rückschluss auf meine Person zulässt, veröffentlicht werden;**
- 3. dass mir Untersuchungsergebnisse, die Rückschlüsse auf Infektionsketten ermöglichen, nicht zur Verfügung gestellt werden.**
- 4. dass das Screening keinen Arztbesuch darstellt und somit bei vorliegenden akuten Beschwerden keinen Arztbesuch ersetzt.**

**Ich habe zur Kenntnis genommen, dass eine nachgewiesene COVID-19 Infektion gemäß Infektionsschutzgesetz dem zuständigen Gesundheitsamt gemeldet werden muss.**

Berlin, den .....

.....  
Unterschrift des/der Teilnehmers/in