



**Falls Sie die Einwilligungserklärung widerrufen möchten, wende Sie sich bitte schriftlich oder mündlich an die verantwortliche Ärztin/ den verantwortlichen Arzt.**

Verantwortliche Person für die Datenverarbeitung im Rahmen der Studie:

Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg  
KUNO Klinik St. Hedwig  
Steinmetzstraße 1-3, 93049 Regensburg  
Studienleiter Prof. Dr. Michael Kabesch  
**WeCARE Studienzentrum**  
**Telefon: 0941-369 95700**  
**E-Mail: [covid.studienzentrum@barmherzige-regensburg.de](mailto:covid.studienzentrum@barmherzige-regensburg.de)**

Behördlicher Datenschutzbeauftragter des Krankenhauses Barmherzige Brüder Regensburg:

Prüfeninger Str. 86, 93049 Regensburg  
E-Mail: [datenschutz@barmherzige-regensburg.de](mailto:datenschutz@barmherzige-regensburg.de)

Nach dem Gesetz hat jeder Studienteilnehmer das Recht, sich bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren. In Deinem Falle handelt es sich um folgende Institution:

Bayerischer Landesbeauftragter für den Datenschutz (BayLfD)  
Postanschrift: Postfach 22 12 19, 80502 München  
Hausanschrift: Wagnmüllerstr. 1, 80538 München  
Tel.: 089 212672-0, Fax: 089 212672-50  
E-Mail: [poststelle@datenschutz-bayern.de](mailto:poststelle@datenschutz-bayern.de)

Rechtliche Belehrung zum Datenschutz:

Es werden keine personenbezogenen Daten gespeichert. Der anonyme Datensatz wird bis zum Ende der Studien-bezogenen Auswertungen aufbewahrt und spätestens am 31.12.2022 gelöscht. Eine Weitergabe von Daten an Dritte zu wissenschaftlichen Auswertungen ist möglich.

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des sorgeberechtigten Elternteils

**Studien-ID des Teilnehmers:**  
vom Arzt auszufüllen

Diese Einverständniserklärung ist das einzige Dokument, auf dem Name und Studiencode vermerkt sind. Der verantwortliche Arzt bestätigt, dass er dieses in seiner Praxis sicher verwahrt und die Datenschutzbestimmungen dazu einhält.

---

**Hiermit erkläre ich, die Eltern des o.g. Kindes am \_\_\_\_\_ über Wesen, Bedeutung und Risiken der o.g. Registerstudie mündlich und schriftlich aufgeklärt, alle Fragen beantwortet und ihnen eine Kopie der Studieninformation und der Einwilligungserklärung übergeben zu haben.**

.....  
Ort und Datum

Name der/s verantwortlichen  
Ärztin/Arztes in Druckbuchstaben

.....  
Unterschrift der/s  
verantwortlichen Ärztin/Arztes