

# Erklärung zur Teilnahme einer Arztpraxis an der Studie „Post-COVID Kids Bavaria“

## Vorbemerkung und Hintergrundinformation

Mit dem Projekt soll eine optimale, möglichst wohnortnahe und wenig belastende Versorgung der von Post-COVID betroffenen Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ermöglicht sowie eine bestmögliche Nutzung des Gesundheitssystems gewährleistet werden, sowohl in Bezug auf die Diagnostik als auch auf die Therapie.

Von den Arztpraxen werden nur Patienten eingeschlossen, bei denen ein begründeter Verdacht auf Post-COVID besteht. Patienten und deren Eltern werden über die Studie aufgeklärt und eingeschlossen. Es werden Untersuchungen durchgeführt und Untersuchungs- und Therapiedaten erfasst. Patienten werden in eine nahegelegene Post-COVID Spezialambulanz oder eine der beiden Zentren Regensburg (KUNO Klinik St. Hedwig) oder München (Kinderklinik Schwabing) zur weiteren Abklärung überwiesen, wenn dies notwendig ist.

Aktualisierte detailliertere Informationen zu Modellprojekt finden sich unter:

[www.we-care.de/postcovidkidsbavaria](http://www.we-care.de/postcovidkidsbavaria).

Kontakt- und Bankverbindungen der teilnehmenden Arztpraxis:

Name der Praxis:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Name, Vorname des Verantwortlichen:	
Emailadresse:	
Telefon-, Handynummer:	
Bank:	
Empfänger:	
IBAN:	
BIC:	
USt.-ID:	
Verwendungszweck:	

## Erklärung zur Teilnahme an Post-COVID Kids Bavaria

Hiermit erkläre ich, dass die von mir vertretene Arztpraxis an die Post-COVID Kids Bavaria Studie teilnehmen will.

Mir ist bewusst, dass

- die Eingabe der Untersuchungsdaten zeitnah und detailgetreu erfolgen muss,
- der Studiencode von mir auf der Einverständniserklärung und in einer Randomisierungsliste (Pseudonomisierung) dokumentiert werden muss,
- dass ich die Dokumente sicher verwahren muss.

Ich versichere, dass

- ich nur Personen an der Studie teilnehmen lasse, die die Einschlusskriterien erfüllen und von denen mir eine (von der Person und/oder einem Erziehungsberechtigten) unterschriebene Teilnehmererklärung vorliegt,
- nach meiner Kenntnis alle Teilnehmenden freiwillig an der Studie teilnehmen,
- ich keine Aktionen unternehmen werde, die die Studie gefährden, und
- ich die Datenschutzbestimmungen einhalte.

Meine Praxis kann die Teilnahme jederzeit unterbrechen oder beenden, indem keine weiteren Patienten betreut und/oder eingeschlossen werden.

---

Ort, Datum, Unterschrift

Vorlagenversion: 25.10.2021