

## Einwilligungserklärung

Bitte lesen Sie die folgenden Punkte aufmerksam durch, kreuzen Sie Zutreffendes an und unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung anschließend am Ende dieses Dokumentes, sofern Sie damit einverstanden sind.

Firma\*

Name\*

Vorname\*

Straße\*

PLZ, Ort\*

Land\*

Tel.:

E-Mail:\*

\*Pflichtangaben zu Zwecken der Rechnungsstellung

Hier bitte Patientenaufkleber aufkleben (durch Arzt / fachkundige Person aufzukleben):



I.	Ich konnte mich anhand der Patienteninformationsschrift über den Immunitätstest informieren und stimme zu, dass mein Blut oder dessen Bestandteile ausschließlich auf Antikörper des SARS-CoV-2 Erregers hin untersucht werden. Es erfolgt keine Analyse von weiteren Blutparametern.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
II.	Ich bin informiert worden über den Zweck und die Art der Datenverarbeitung und über meine Datenschutz- und Widerrufsrechte aufgeklärt worden (siehe Patienten-/Probandenaufklärung Teil 3) und stimme zu, dass Daten, die meine Person betreffen (hierzu gehören insbesondere auch Krankheitsdaten aus seinen Anforderungsschein), vom Labor SensID GmbH, zum Zwecke der Antikörperanalyse erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

III.	Ich stimme der weiteren Verwendung meines Blutes <b>NICHT</b> zu (bitte ankreuzen bei Ablehnung). Bei Ablehnung entfallen Punkte <b>IV. bis XIV.</b> und müssen <b>NICHT</b> weiter beantwortet werden.	<input type="checkbox"/>	
IV.	Ich stimme der weiteren Verwendung meines Blutes ausdrücklich zu. - weiter mit Punkte <b>V. bis XIV.</b>	<input type="checkbox"/>	
V.	Ich willige ein, dass mein restliches Blut aus dem Antikörpernachweis und/oder einzelne Bestandteile des Blutes und meine Daten, wie in der Informationsschrift beschrieben, an die SensID GmbH gegeben und für die in der Informationsschrift genannten medizinischen Forschungszwecke zeitlich und geografisch unbegrenzt verwendet und von SensID aufbewahrt werden.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
VI.	Ich willige ein, dass SensID GmbH das Biomaterial und/oder einzelner Bestandteile des Biomaterials in pseudonymisierter oder anonymisierter Form an berechnigte Dritte für Forschungszwecke - inklusive Studien zur genetischen Charakterisierung (gegebenenfalls auch ins Ausland) weitergeben darf. Pseudonymisiert bedeutet, dass keine Angaben von Namen oder Initialen verwendet werden, sondern ein Nummern- und/oder Buchstabencode und eventuell die Angabe des Geburtsjahres. Dem Proband / die Probandin ist bewusst, dass zuständige Behörden im Rahmen ihrer gesetzlichen Befugnisse ggf. Einblick in sämtliche Unterlagen nehmen können.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
VII.	Sollte das Biomaterial in einer Weise genutzt werden, die eine Genehmigung einer Ethikkommission voraussetzt [z.B. Forschungsvorhaben/Studien nach dem Arzneimittelgesetz (AMG) oder dem Medizinproduktegesetz (MPG)], bin ich einverstanden, dass die zuständige Ethikkommission anstelle meiner Person über die Verwendung des Biomaterials entscheidet.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
VIII.	Ich übertrage die Eigentumsrechte meines Biomaterials bereits jetzt an die SensID GmbH. Sofern nichts anderes geregelt ist, erhält der Proband für die Übertragung und Überlassung des Biomaterials kein Entgelt.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
IX.	Ich willige ein, dass ich evtl. zu einem späteren Zeitpunkt erneut kontaktiert werde zum Zweck der Gewinnung weiterer Informationen / Biomaterialien.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
X.	Ich willige ein, dass ich evtl. zu einem späteren Zeitpunkt erneut kontaktiert werde zum Zweck der Einholung meiner Einwilligung in die Verknüpfung mit medizinischen Daten aus anderen Datenbanken.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

XI.	Ich willige ein, dass ich evtl. zu einem späteren Zeitpunkt erneut kontaktiert werde zum Zweck der Rückmeldung für mich wichtiger gesundheitsrelevanter Ergebnisse.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein						
XII.	<p><b>Diese Rückmeldung soll an folgende Mailadresse erfolgen:</b> (unbedingt in Druckschrift ausfüllen)</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">beispiel@xyz.com</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 2px;">Vorname, Name</td> <td style="width: 70%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Straße + Nr.</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">PLZ, Ort</td> <td></td> </tr> </table>			Vorname, Name		Straße + Nr.		PLZ, Ort	
Vorname, Name									
Straße + Nr.									
PLZ, Ort									
XIII.	Eine Weitergabe meiner Biomaterialien und Daten in Länder außerhalb der EU auch in den Fällen, in denen kein Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission vorliegt und keine behördlich genehmigten Datenschutzklauseln angewendet werden, ist nur möglich, wenn ich dem gesondert zustimme. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich meine Einwilligung ohne Angabe von Gründen jederzeit widerrufen kann. Meine Einwilligung umfasst auch die Übermittlung meiner Patientendaten in Länder, bei denen von der Europäischen Kommission kein angemessenes Datenschutzniveau festgestellt wurde.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein						
XIV.	Ich bin informiert worden über den Zweck und die Art der Datenverarbeitung zu Forschungszwecken und über meine Datenschutz- und Widerrufsrechte aufgeklärt worden (siehe Patienten-/Probandenaufklärung Teil 3) und stimme zu, dass Daten, die meine Person betreffen (hierzu gehören insbesondere auch Krankheitsdaten aus seinen Anforderungsschein), vom Labor SensID GmbH, zum Zwecke der medizinischen Forschung erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein						

**Eine Kopie der Patienten-/Probandeninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten.**

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten/Probanden