

GESUNDHEITSAMT FÜR DIE STADT
UND DEN LANDKREIS GÖTTINGEN

Studienleitung: A. Puls

Theaterplatz 4

37073 Göttingen

Tel: 0551-4004805

E-Mail: a.puls@goettingen.de

und

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN

Zentrum Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Poliklinik für Präventive Zahnmedizin,

Parodontologie und Kariologie

Direktorin: Univ.-Prof. Dr. med. dent. A. Wiegand

Studienleitung: Dr. med. dent. J. Biermann

Robert-Koch-Str. 40

37075 Göttingen

Tel: 0551-3960881

E-Mail: jana.biermann@med.uni-goettingen.de

Einwilligungserklärung zur Studie:

Zahngesundheit von Kindern unter Berücksichtigung ausgewählter Gesundheitsindikatoren

Einwilligungserklärung

.....

Name Ihres Kindes in Druckbuchstaben, Geburtsdatum

Ich bin ausführlich und verständlich über die freiwillige, zusätzliche zahnärztliche Untersuchung meines Kindes im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung sowie über Wesen, Bedeutung, Risiken und Tragweite der Studie aufgeklärt worden. Ich habe den Text des Informationsbogens sowie die hier nachfolgend abgedruckte Datenschutzerklärung gelesen und verstanden. Ich hatte die Gelegenheit, mit Studienpersonal über die Durchführung der zahnärztlichen Untersuchung zu sprechen. Alle meine Fragen wurden zufrieden stellend beantwortet.

Möglichkeit zur Dokumentation zusätzlicher Fragen seitens der Personensorgeberechtigten oder sonstiger Aspekte des Aufklärungsgesprächs:

Ich hatte ausreichend Zeit, zu entscheiden, ob mein Kind an der Untersuchung zur Zahngesundheit von Kindern unter Berücksichtigung ausgewählter Gesundheitsindikatoren teilnimmt.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung zur Teilnahme meines Kindes an der Untersuchung zurückziehen kann (mündlich oder schriftlich), ohne dass mir oder meinem Kind daraus Nachteile entstehen.

Datenschutz:

Mir ist bekannt, dass bei dieser Untersuchung personenbezogene Daten meines Kindes, insbesondere medizinische und zahnmedizinische Befunde erhoben, gespeichert und ausgewertet werden sollen. Die Verwendung der Angaben über die Gesundheit meines Kindes erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor der Teilnahme an der Untersuchung folgende freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus, das heißt ohne die nachfolgende Einwilligung kann mein Kind nicht an der Untersuchung teilnehmen.

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Untersuchung personenbezogene Daten, insbesondere Angaben über die Gesundheit, über mein Kind erhoben und auf elektronischen Datenträgern bei der Stadt Göttingen, Fachbereich Gesundheitsamt für die Stadt und den Landkreis Göttingen gespeichert werden. Soweit erforderlich, dürfen die erhobenen Daten anonymisiert weitergegeben werden an die Universitätsmedizin Göttingen, Poliklinik für Präventive Zahnmedizin, Parodontologie und Kariologie zum Zwecke der Auswertung.
2. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich jederzeit meine Einwilligung in die Erhebung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten meines Kindes widerrufen kann. Im Falle des Widerrufs werden meine personenbezogenen Daten unverzüglich gelöscht. Eine Weiternutzung findet nur noch in anonymisierter Form statt. Eine Rückverfolgung zu meiner Person ist dann nicht mehr möglich. Es gelten die Betroffenenrechte aus der EU-DSGVO. Ich habe das Recht, mich jederzeit bei der Aufsichtsbehörde (Die Landesschutzbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen, Prinzenstraße 5, 30159 Hannover, Tel +49 511 120-4500) zu beschweren.
3. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Daten meines Kindes nach Beendigung oder Abbruch der Untersuchung mindestens zehn Jahre aufbewahrt werden. Danach werden die personenbezogenen Daten meines Kindes gelöscht, soweit nicht gesetzliche, satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen.
4. Die Verantwortlichen für diese klinische Studie für die Datenerhebung sind:
Dr. med. dent. J. Biermann, Poliklinik für Präventive Zahnmedizin, Parodontologie und Kariologie der Universitätsmedizin Göttingen, Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen, Tel +49 551 39-60888

6. Mir ist bekannt, dass ich ein Recht auf Auskunft über meine verarbeiteten personenbezogenen Daten habe, einschließlich einer unentgeltlichen Kopie dieser Daten. Dieses Auskunftsrecht besteht gegenüber den unter Punkt 4 genannten Verantwortlichen. Weiterhin ist mir bekannt, dass ich ein Recht auf Berichtigung und auf Löschung meiner verarbeiteten personenbezogenen Daten habe sowie gegebenenfalls eine Übertragung der von mir zur Verfügung gestellten Daten und die Einschränkung ihrer Verarbeitung verlangen kann.

Ein Exemplar des Informationsbogens und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Ein Exemplar verbleibt im Prüfzentrum.

Unterschrift des/der aufklärenden Studienmitarbeiters*in