\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name Identifikator (Kenn-Nummer des Patienten)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname Geschlecht [ ]  männlich [ ]  weiblich [ ]  divers

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. PLZ, Wohnort

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Geburtsdatum

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Surveillance der Influenza in Deutschland:** Virologisches Sentinel der Arbeitsgemeinschaft Influenza

**Verantwortlich:** Robert Koch-Institut, Nordufer 20, 13353 Berlin

**Ansprechpartner für Probenaufbewahrung und -nutzung:**

Dr. Ralf Dürrwald, Mail: duerrwaldr@rki.de, Tel: +49 30 18754 2456

**Datenschutzbeauftragter:**

Dr. Jörg Lekschas, Nordufer 20, 13353 Berlin, Mail: datenschutz@rki.de, Tel: +49 30 18754 3594

**Einwilligungserklärung**

Ich wurde über Inhalt, Zweck, Bedeutung und Bedingungen der virologischen Überwachung (Sentinel) der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) aufgeklärt, habe ein verständliches schriftliches Informationsschreiben erhalten und dieses zur Kenntnis genommen. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, meine Fragen mit meinem behandelnden Arzt zu klären. Ich habe weiterhin eine Kopie dieser Einwilligungserklärung erhalten.

**Hiermit erkläre ich,** **dass ich freiwillig bereit bin, am virologischen Sentinel der AGI teilzunehmen.**

**Die Teilnahme beinhaltet die Entnahme und Untersuchung eines Nasen- oder Rachenabstrichs als Beitrag zur deutschlandweiten Überwachung von Atemwegsviren. Die Untersuchungsergebnisse werden am RKI ausgewertet sowie pseudonymisiert an die Europäische Seuchenschutzbehörde (ECDC) und das europäische Netzwerk zur Überwachung der Impfeffektivität (I-MOVE) weitergeleitet. Anonyme Daten werden an die Weltgesundheitsorganisation (WHO) übermittelt.**

***Informationen zu Datenschutzrechten (Art. 15 – 20 und 77 Abs. 1 DSGVO)***

*Ich habe*

* *das Recht, Auskunft zu verlangen, welche Daten über mich gespeichert wurden, und diese bei Unrichtigkeit berichtigen, vervollständigen, löschen oder für die Verarbeitung beschränken zu lassen sowie das Recht, die von mir bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen maschinenlesbaren Format zu erhalten.*
* *das Recht, meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen und die Sentinelteilnahme vorzeitig zu beenden, ohne dass dadurch nachteilige Folgen für mich entstehen.*
* *das Recht, die Vernichtung meiner Probe jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft zu verlangen, ohne dass dadurch nachteilige Folgen für mich entstehen.*

*Diese Rechte kann ich solange geltend machen, wie die Probe meiner Person zugeordnet werden kann. Darüber hinaus habe ich das Recht, mich an den Datenschutzbeauftragten des Robert Koch-Instituts (s.o.) oder die Aufsichtsbehörde (Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Husarenstr. 30 - 53117 Bonn, +49 (0)228-997799-0) zu wenden.*

**Bitte wenden!**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....**

**Ich willige darin ein,**

1. dass der Abstrich an das RKI versendet wird,
2. dass der Abstrich im Hinblick auf definierte Atemwegserreger wie Influenza-, humane Metapneumo-, Rhino-, Parainfluenza- und respiratorische Synzytialviren sowie das neue Coronavirus 2019-nCoV (SARS-CoV-2) am RKI untersucht wird, und dass die Untersuchungsergebnisse an Ihre/n behandelnde/n Ärztin/Arzt übermittelt und dort verarbeitet werden,
3. dass die gewonnenen Untersuchungsergebnisse mit den an das RKI übermittelten Daten verknüpft sowie zum Zweck der Überwachung der öffentlichen Gesundheit ausgewertet werden,
4. dass die Untersuchungsergebnisse und die an das RKI übermittelten Daten zum Zweck der Überwachung der öffentlichen Gesundheit an die internationale Überwachungsbehörden ECDC (pseudonymisiert) und WHO (anonymisiert) sowie zur Ermittlung der Wirksamkeit der Influenzaimpfung an das europäische Netzwerk I-MOVE übermittelt und dort verarbeitet werden,
5. dass der Abstrich zur Überwachung von Infektionskrankheiten der Atemwege am RKI dauerhaft gelagert und ggf. zu einem späteren Zeitpunkt auf weitere Erreger der Atemwege untersucht werden darf,
6. dass die Untersuchungsergebnisse und die an das RKI übermittelten Daten anonymisiert veröffentlicht werden.

**Patienten im Alter von** **<14 Jahren**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort und Datum Unterschrift gesetzlicher Vertreter (Elternteil, Vormund)

**Patienten im Alter von** **14 - 17 Jahren**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort und Datum Unterschrift Patient(in)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort und Datum Unterschrift gesetzlicher Vertreter (Elternteil, Vormund)

**Patienten im Alter von** **≥18 Jahren**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort und Datum Unterschrift Patient(in), ggf. gesetzlicher Vertreter