

Name, Vorname

IDNR

(Wird von uns für Sie ausgefüllt)

Einwilligungserklärung zur Blutabnahme

Hiermit erkläre ich,

(Name, Vorname)

dass ich von _____
(Ärztliches Fachpersonal bzw. des Stellvertretenden)

mündlich und schriftlich über das Wesen, die Bedeutung, die Tragweite und die Risiken der Blutprobenahme informiert wurde und ausreichend Gelegenheit hatte, meine Fragen hierzu in einem Gespräch mit dem ärztlichen Fachpersonal zu klären.

Ich habe die Studieninformation und insbesondere den mir vorgelegten Aufklärungsbogen zur Blutabnahme verstanden und eine Ausfertigung desselben und dieser Einwilligungserklärung erhalten.

Ich bin bereit, dass mir im Rahmen der oben genannten Studie etwa 60 ml venöses Vollblut abgenommen werden. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mich zurückziehen und einer Weiterverarbeitung meiner Daten jederzeit widersprechen kann.

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Ich willige darin ein, dass das Umweltbundesamt und Oracle Life Sciences und deren Auftragnehmer oder mögliche Kooperationspartner die mich betreffenden personenbezogene Daten zum Zweck der oben genannten Studie verarbeiten.

Ich willige darin ein, dass meine im Rahmen der oben genannten Studie erhobenen Daten aufgezeichnet, verschlüsselt (pseudonymisiert) gespeichert, ausgewertet und die anonymisierten Ergebnisse veröffentlicht werden. Ebenso willige ich ein, dass meine Studiendaten in eine Datensammlung („Scientific Use File“) einfließen, die der Fachöffentlichkeit für weitere Forschung zur Verfügung steht. Diese Datensammlung enthält ebenfalls keine Informationen, die Rückschlüsse auf mich erlauben.

Darüber hinaus bin ich mit der Entnahme und Untersuchung sowie der verschlüsselten (pseudonymisierte) Lagerung meines im Rahmen dieser Studie entnommenen Blutes für den Zweck der Studie durch das ärztliche Fachpersonal und dem Umweltbundesamt bzw. das durch das Umweltbundesamt beauftragte Labor einverstanden.

Bitte kreuzen Sie auf der folgenden Seite die weiteren Nutzungsmöglichkeiten Ihrer Proben und Daten entsprechend an und unterschreiben Sie die Erklärung.

Zusätzlich wird Folgendes vereinbart (bitte ankreuzen):

Ich möchte über meine Messwerte und über gefundene Konzentrationen in meiner Blutprobe informiert werden, soweit diese toxikologisch und umweltmedizinisch beurteilt werden können.

☐

ja

☐

nein

Ich willige ein, dass Teile meiner abgegebenen Blutprobe aufbewahrt und bei weiteren Fragestellungen beim Umweltbundesamt und bei nationalen und internationalen Kooperationspartnern untersucht werden. Dazu überlasse ich dauerhaft die Blutprobe dem Umweltbundesamt. Die Blutproben werden pseudonymisiert aufbewahrt. Von diesen zukünftigen Forschungsvorhaben erhalte ich keine individuelle Ergebnismitteilung.

☐

ja

☐

nein

Ich willige ein, dass meine pseudonymisierten Studiendaten, insbesondere die durch meine Blutprobe gewonnenen wurden, vom Umweltbundesamt zu weiteren Auswertungen und zur Politikberatung an nationale und internationale Kooperationspartner und Regierungsorganisationen weitergegeben werden können.

☐

ja

☐

nein

Ich stimme einer anonymisierten Speicherung meiner Studiendaten, insbesondere die durch meine Blutprobe gewonnenen wurden, in übergreifenden nationalen und internationalen Umweltdatenbanken durch das Umweltbundesamt zu. Die in diesen Datenbanken gespeicherten Studiendaten enthalten keine Informationen, die eine Identifizierung erlauben.

☐

ja

☐

nein

Ich habe folgende Datenschutzrechte nach Art. 7, 15 – 21 und 77 Abs. 1 DSGVO:

- Das Recht, Auskunft zu verlangen, welche Daten über mich gespeichert wurden (Art. 15), und diese bei Unrichtigkeit zu berichtigen und/oder zu vervollständigen (Art. 16). Das Recht auf Löschung (Art. 17). Dies ist allerdings nur möglich, wenn die mich angehenden personenbezogenen Daten nicht mehr notwendig sind, rechtswidrig verarbeitet werden oder eine diesbezügliche Einwilligung widerrufen wurde. Das Recht, meine Daten für die Verarbeitung beschränken zu lassen (Art. 18) sowie das Recht, die von mir bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen maschinenlesbaren Format zu erhalten (Art. 20).

Diese Rechte kann ich so lange geltend machen, wie die Daten meiner Person zugeordnet werden können.

- Das Recht, meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen zu widerrufen und die Studienteilnahme vorzeitig zu beenden, ohne dass dadurch nachteilige Folgen für mich entstehen (Art.7).

- Das Recht, in einer besonderen Situation der weiteren Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu widersprechen, soweit diese durch die Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben oder öffentlicher sowie privater Interessen gerechtfertigt ist. Das Recht gilt gemäß § 36 BDSG nicht, wenn eine öffentliche Stelle durch Rechtsvorschrift zur Verarbeitung verpflichtet ist (Art. 21).
- Das Recht, mich beim Datenschutzbeauftragten des Umweltbundesamtes (Herr Langhoff, Bismarckplatz 1, 14193 Berlin, Tel: +49 (0)30 8903 5141) oder bei der Aufsichtsbehörde (Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI), Husarenstr. 30, 53117 Bonn, +49 (0) 228-997799-0) zu beschweren (Art. 77).

Darüber hinaus habe ich

- Das Recht, die Vernichtung meiner Proben jederzeit ohne Angabe von Gründen zu verlangen, ohne dass dadurch nachteilige Folgen für mich entstehen.

Dieses Recht kann ich so lange geltend machen, wie die Proben meiner Person zugeordnet werden können. Dies bedeutet, dass eine Vernichtung Ihrer Proben nicht mehr möglich sein wird, nachdem wir Ihre Adressdaten gelöscht haben.

Eine zweite Ausfertigung dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Die erste Ausfertigung verbleibt beim Umweltbundesamt.

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer*in

Hiermit erkläre ich, o.g. Teilnehmer*in am _____._____._____ über Wesen, Bedeutung, Tragweite und Risiken der Blutabnahme zur o.g. Studie mündlich und schriftlich aufgeklärt und eine Ausfertigung der Information sowie dieser Einwilligungserklärung übergeben zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift ärztliches Fachpersonal