Informationsblatt für Eltern und Kinder

**Hygieneschutzkonzept Leipziger Forschungszentrum für frühkindliche Entwicklung (LFE) zur Durchführung wissenschaftlicher Studien mit Probanden**

**🡪 Abstand zu anderen Personen**

* Mindestabstand von 2m zu anderen Personen
* Körperkontakt nur bei absolut notwenigen Zwecken (z.B. Anbringen von Elektroden, unter Benutzung von Einmalhandschuhen)

🡪 **Regelmäßiges Händewaschen/ Tragen von Einmal- MNS und (-Handschuhe bei EMG)**

mdst. 20 Sekunden Händewaschen bei Betreten des LFEs, nach Toilettenbesuch, nach Testung (gilt für Testpersonal und Probanden)

* Testpersonal und Probanden über 6 Jahre tragen Einmal-MNS, wird vom LFE bereitgestellt
* Testpersonal trägt bei direktem Kontakt Einweghandschuhe während des Studientermins (EMG Testung)

🡪 **Lüften/Reinigen**

* Vor und nach jedem Termin: **Test- und Aufenthaltsräume mdst. 30 Minuten**
* Sorgfältig alle benutzten **Flächen und Gegenstände**

**Bitte kommen Sie nur zu Terminen, wenn Sie und Ihr Kind gesund sind!**

**Hinweis!**

Bei Menschen mit bestimmten gesundheitlichen Voraussetzungen besteht ein höheres Risiko für einen schweren Verlauf einer SARS-CoV-2-Infektion. Dazu gehören Herzkreislauferkrankungen, Diabetes, Erkrankungen des Atmungssystems, der Leber, der Niere oder Krebserkrankungen. Auch eine sonstige Schwächung des Immunsystems durch Vorerkrankung oder Medikamente gilt als Risikofaktor. Wenn sie zu einer solchen Risikogruppe gehören, bitten wir Sie von einer Teilnahme abzusehen.

**Erfassung der Kontaktdaten**

Um mögliche Infektionen mit dem SARS-CoV-2-Virus nachverfolgen zu können, erfassen wir hier zusätzlich Ihre Kontaktdaten(Name, Telefonnummer, Adresse). So können wir Sie bei einem Infektionsfalls im LFE darüber informieren. Gleichzeitig erklären Sie sich bereit, im Falle einer eigenen, ärztlich bestätigten SARS-CoV-2-Infektion das LFE davon in Kenntnis zu setzen.

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ich habe die Informationen zum Infektionsschutz zur Kenntnis genommen und bin mit der Aufnahme meiner Kontaktdaten zur Nachverfolgung im Infektionsfall einverstanden. Ich bin mir der Informationspflicht im Falle einer eigenen SARS-CoV-2-Infektion bewusst.**

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

Datum Unterschrift