

**Informationsblatt, Hinweise zum Datenschutz und Fragebogen für Probanden der Neuroimaging Unit**

CARL VON OSSIETZKY UNIVERSITÄT OLDENBURG · 26111 OLDENBURG

|  |
| --- |
| **Prof. Dr. Jochem Rieger**  **Neuroimaging Center**  TELEFONDURCHWAHL  +49 (0)441 798 3671  EMAIL  Jochem.rieger@uni-oldenburg.de  OLDENBURG, 09/07/2021 |
|  |
| POSTANSCHRIFT  D-26111 Oldenburg  PAKETANSCHRIFT  Ammerländer Heerstraße 114 - 118  D-26129 Oldenburg  BESUCHERANSCHRIFT  Gebäude W30 Raum: 0-012  Küpkersweg 74  D-26129 Oldenburg  INTERNET  www.uni-oldenburg.de/neuroimaging |

Bitte füllen Sie den Fragebogen unten wahrheitsgemäß am Tag der Untersuchung aus. Sollten Sie alle Fragen mit Nein beantworten bitten wir Sie:

1. Bitte seien Sie am Tag der Untersuchung pünktlich am Haupteingang des Küpkersweg 74 (Gebäude W30, Nessy) und warten außerhalb des Gebäudes. Sie werden abgeholt und erhalten einen Mund-Nase-Schutz (MNS).
2. Stellen Sie sicher, dass Sie eine Telefonnummer zur Kontaktaufnahme mit dem/der Versuchsleiter/in hinterlegt haben.
3. Bitte beachten Sie, dass auf dem ganzen Universitätsgelände die Pflicht zum Tragen eines MNS besteht.
4. Im Rahmen der Verfolgung von möglichen Infektionswegen bitten wir Sie Ihre Kontaktdetails in eine Liste einzutragen. Die Kontaktdetails werden für 3 Wochen aufbewahrt und danach vernichtet.

Sollten Sie mindestens eine der Fragen im Fragebogen mit Ja beantworten oder trifft einer der Punkte innerhalb von drei Wochen nach der Untersuchung auf Sie zu bitten wir Sie:

1. Sich umgehend bei der Versuchsleitung zu melden. Falls die Untersuchung noch nicht stattfand muss sie abgesagt werden.
2. Ihren Hausarzt/Hausärztin zu kontaktieren und nach der Durchführung eines Tests zu fragen.
3. Uns nach dem Erhalt des Ergebnisses dieses telefonisch unter 0441/798-3131 mitzuteilen. Dies ist nur notwendig falls Sie am Tag der Untersuchung in Kontakt mit dem Personal der Neuroimaging Unit waren.

Wir bitten Sie zusätzlich, Ihre Kontaktdaten (Name, Anschrift, Telefonnummer) anzugeben, um mögliche Infektionsketten zu unterbrechen.

**Hinweise zum Datenschutz**

**Zweck der Verarbeitung:**

Die Datenverarbeitung erfolgt zum Zweck des Nachvollzugs von Infektionsketten und zum Schutz der Beschäftigten der Universität Oldenburg im Zusammenhang mit der COVID 19-Pandemie.

**Rechtsgrundlage der Verarbeitung:**

Die Rechtsgrundlage der Verarbeitung ist Ihre ausdrückliche Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO und, sofern Gesundheitsdaten erhoben werden, in Verbindung mit Artikel 9 Abs. 1 lit. a DSGVO.

**Kategorien personenbezogener Daten:**

Im Rahmen Ihres Besuchs möchten wir von Ihnen folgende Daten erheben:

**COVID-Fragebogen**

Aus dem COVID-Fragebogen können wir erkennen, ob bei Ihnen Symptome des Coronavirus vorliegen oder Sie in Kontakt mit einer infizierten Person standen. Zum Schutz unserer Beschäftigten und aufgrund der daraus entstandenen Hygienekonzepte müssen wir jedes Risiko nach Möglichkeit ausschließen.

**Untersuchungsprotokoll**

Um Infektionsketten nachzuvollziehen, erstellen wir ein Untersuchungsprotokoll. Dieses weist aus, welche Personen über welchen Zeitraum miteinander in Kontakt standen. Insbesondere dokumentieren wir hier Ihren Namen und die Dauer des Aufenthaltes.

**Kontaktdaten**

Um Infektionsketten nach Möglichkeit zu unterbrechen, möchten wir Sie bitten, Ihre Kontaktdaten (Name, Anschrift, Telefonnummer) zu hinterlassen. Dies erfolgt zum Zwecke, Sie kontaktieren zu können, falls sich innerhalb von 3 Wochen nach der Untersuchung eine Infektion unserer Beschäftigten zeigt.

**Dauer der Verarbeitung:**

Die Daten sollen für 3 Wochen nach Beendigung der Untersuchung aufbewahrt werden. Danach werden sie datenschutzgerecht vernichtet bzw. gelöscht. Die Aufbewahrung dient unter anderem dem Nachweis der Einhaltung der universitären Hygienekonzepte.

**Weitergabe an Dritte:**

Sofern Sie darin gesondert einwilligen, werden wir Ihre Kontaktdaten auf Anfrage an das zuständige Gesundheitsamt weitergeben. Im Übrigen geben wir Ihre Daten nicht an Dritte weiter.

**Folgen der Nichtbereitstellung:**

Sie sind weder gesetzlich noch vertraglich verpflichtet, Ihre Daten anzugeben. Sollten Sie Ihre Daten bzgl. des COVID-Fragebogens und dem Untersuchungsprotokoll nicht bereitstellen, müssen wir die Untersuchung absagen und den Studienkontakt abbrechen.

Aus der Nichtbereitstellung Ihrer Kontaktdaten hingegen entstehen Ihnen keine Nachteile.

**Sie haben die folgenden Rechte:**

* Auskunftsrecht
* Recht auf Löschung
* Recht auf Berichtigung
* Recht auf Widerspruch
* Recht auf Widerruf
* Recht auf Datenübertragbarkeit
* Recht auf Einschränkung der Verarbeitung
* Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde

Zur **Wahrnehmung Ihrer Betroffenenrechte** wenden Sie sich bitte an den die im Briefkopf genannte Person.

Sollten Sie einen Datenschutzverstoß vermuten, wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten unter: Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Der Datenschutzbeauftragte, Ammerländer Heerstraße 114-118, 26129 Oldenburg, E-Mail: dsuni@uol.de, Tel.: +49 (0)441 798-4196. Darüber hinaus bleibt es Ihnen unbenommen sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige **Aufsichtsbehörde** ist Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen, Prinzenstraße 5, 30159 Hannover.

**Verantwortlich** für die Datenverarbeitung ist die Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, gesetzlich vertreten durch den Präsidenten, Ammerländer Heerstraße 114-118, 26129 Oldenburg.

**Einverständniserklärung**

Ich habe die oben beschriebenen Informationen gelesen und verstanden. Ich willige darin ein, dass im Rahmen der Corona-Sicherheitsmaßnahmen meine Daten auf dem Untersuchungsprotokoll und – gegebenenfalls einschließlich meiner Gesundheitsdaten – auf dem COVID-Fragebogen für die **Dauer von 3 Wochen** aufbewahrt werden. Dies geschieht, um bei möglichen Infektionen eine weitere Verbreitung einer Coronavirus-Infektion zu verhindern und insbesondere zum Schutze der Beschäftigten der Universität Oldenburg sowie zur Sicherstellung der Einhaltung der universitären Hygienekonzepte. **Bei Nichtbereitstellung werde ich von der Untersuchung ausgeschlossen.** (bitte ankreuzen)

**JA ☐ NEIN ☐**

**Zusatzeinwilligung**

Ich bin ebenfalls damit einverstanden, dass **meine Kontaktdaten** (Name, Anschrift, Telefonnummer) **für die Dauer von 3 Wochen aufbewahrt und gegebenenfalls an das zuständige Gesundheitsamt weitergegeben** werden**.** Durch die Nichtbereitstellung entstehen mir keine Nachteile**.** (bitte ankreuzen)

**JA ☐ NEIN ☐**

**Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.**

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

Ort, Datum Name, Unterschrift

**COVID - FRAGEBOGEN**

**Datum:**

**Studie**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Titel: |  | | |  |  |  |  |
| Name Untersuchender: | | |  |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |

**Proband\*in**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name: |  | | |  | Vorname: |  | |  |
| Geburtsdatum: | |  | |  |  | |  |  |
|  | | |  |  |  | |  |  |

**Beschwerdebild**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | JA | NEIN |
| Akute Luftnot |  |  |
| Fieber |  |  |
| Husten |  |  |
| Gliederschmerzen |  |  |
| Halsschmerzen |  |  |
| Schnupfen |  |  |

**Kontaktanamnese**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | JA, wann | NEIN |
| Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten? |  |  |

**Auswertung**

|  |
| --- |
| **Jedes „JA“ = KEINE weitere Untersuchung** |

Unterschrift Untersuchender