



Assistierter
Sofortiger
Augmentierter
Post/Long-COVID Plan

Teilnahmeinformation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie zur Teilnahme an dem Forschungsprojekt „**Assistierter Sofortiger Augmentierter Post-/Long-COVID Plan**“, kurz „ASAP“, einladen. Dieses Projekt wird von der Dr. Becker Klinikgruppe gemeinsam mit Prof. Lippke und Mitarbeitenden des Lehrstuhls Gesundheitspsychologie und Verhaltensmedizin der Jacobs University Bremen durchgeführt.

Bitte nehmen Sie an der Versorgungsforschung teil. Wir möchten Sie als potentiell Betroffenen von Post-/Long-COVID optimal unterstützen. Zudem unterstützen Sie mit Ihrer Teilnahme die Anpassung der Angebote zur Versorgung bei langfristigen Folgen der COVID-19 Pandemie, deren Weiterentwicklung und Optimierung.

Was genau kommt auf Sie zu, wenn Sie einer Teilnahme zustimmen?

Am Ende der nachfolgenden Information finden Sie eine Einverständniserklärung. Wenn Sie diese ausgefüllt und elektronisch per Klick unterschrieben haben (das erfolgt vor der Weiterleitung zum Screening), können Sie an diesem Projekt teilnehmen.

Alle Ihre Angaben, sowohl aus der Erstbefragung (heute), den evtl. durchgeführten Zwischenbefragungen (in ein paar Wochen), als auch aus der Nachbefragung, werden absolut vertraulich behandelt. Ihre Angaben werden von der Jacobs University vollständig anonymisiert ausgewertet, ohne Ihren Namen oder andere persönliche Angaben. Selbstverständlich können Sie Ihr Einverständnis ohne Nennung von Gründen jederzeit zurückziehen.

Was müssen Sie nun tun, um teilzunehmen?

Auf den nächsten Seiten finden Sie die Teilnahmeinformation und eine Einwilligungserklärung. Bitte unterschreiben Sie (elektronisch per Klick) die Einwilligungserklärung. Wenn Sie weitere Fragen zu diesem Projekt haben, können Sie gerne mit Frau Carina Kolb (0221/934647-83, ckolb@dbkg.de) von der Dr. Becker Klinikgruppe oder dem Projektteam (0421/200 4721) von der Jacobs University Bremen Kontakt aufnehmen (asap-project@jacobs-university.de).

Leider dürfen nicht teilnehmen: Menschen, die...

- ... jünger als 18 und älter als 60 Jahre sind,
- ... im Gesundheitswesen, der Wohlfahrtspflege oder im Labor tätig sind,
- ... Pflegestufe 2 oder höher haben,
- ... nicht ihren Erstwohnsitz in Bayern haben,
- ... wahrscheinlich nicht unter Post-/Long-COVID leiden oder
- ... sich bereits in Behandlung befinden.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie sich an unserem Projekt beteiligen und dazu die folgende Einverständniserklärung ausfüllen.

Mit freundlichen Grüßen,

Ihr ASAP Projektteam

Teilnahmeinformation zum Projekt

Mit diesem Projekt wollen wir Sie, als potentiell Betroffenen von Post-/Long-COVID, optimal unterstützen. Gleichzeitig hat das Projekt das Ziel, die Angebote zur Versorgung bei langfristigen Folgen der COVID-19 Pandemie anzupassen, weiter zu entwickeln und zu optimieren. Der Ablauf sieht folgendermaßen aus:

Heute füllen Sie die Einverständniserklärung aus und absolvieren das Screening in Form eines Fragebogens. Sie bekommen von uns eine direkte Rückmeldung nach dem Screening, ob Ihre Symptome ein Post-/Long-COVID vermuten lassen und Sie somit in das Projekt aufgenommen werden können. Im Anschluss an das Screening werden unsere Lots:innen mit Ihnen Kontakt aufnehmen und das weitere Vorgehen besprechen. Per Zufall erfolgt die Zuweisung in eine der Studiengruppen – Interventions- und Kontrollgruppe. Die Interventionsgruppe erhält ein 3-tägiges stationäres Assessment (dies beinhaltet diagnostische Untersuchungen) zur Feststellung von Post-/Long-COVID. Die Kontrollgruppe wird dieses Assessment nicht erhalten. Unabhängig davon, in welche Gruppe Sie kommen, werden Sie über den gesamten Studienzeitraum von persönlichen Lots:innen betreut. Zudem erhalten beide Gruppen digitale Angebote in Form von Schulungen und Bewegungsübungen, die Ihnen in der Bewältigung Ihrer Symptome helfen sollen. Während des Projekts bitten wir Sie an insgesamt 5 Befragungen teilzunehmen sowie eventuell an einer Nachbefragung 3 Monate nach Ende Ihrer Teilnahme.

Sie nehmen an dem Screening teil und erhalten eine Rückmeldung, ob Sie in die Studie aufgenommen werden

Wenn Ihr Screening positiv ist, melden sich unsere Lots:innen innerhalb der nächsten 4 Werktage bei Ihnen. Diese stehen für die gesamte Studiendauer mit Ihnen in Verbindung.

Sie nehmen an weiteren Befragungen teil und stehen im Austausch mit den Lots:innen. Zusätzlich nimmt die Interventionsgruppe an einem 3-tägigen Assessment teil.

Sie erhalten digitale Schulungen und Bewegungsübungen zur Förderung Ihrer Gesundheit und nehmen an weiteren Befragungen teil.

Gemeinsam mit den Lots:innen werden weitere notwendige Maßnahmen für Ihre persönliche Versorgung eingeleitet (z.B. Rehabilitation oder eine ambulante Heilmittelversorgung). Abschließend nehmen Sie an einer letzten Befragung teil.

Nur für die Personen, die in die Interventionsgruppe zugelost wurden:

Damit die Ziele des Projektes, Sie und andere Betroffene bestmöglich zu versorgen, erreicht werden können, ist es notwendig, dass wir ausgewählte Informationen, die sich aus Ihrem Assessment ergeben, verwenden dürfen. Dies ist zum einen die Information, ob die Ergebnisse der diagnostischen Tests im Rahmen des Assessments, das Vorliegen eines Post-/Long-COVID bestätigen und welche Therapieempfehlungen sich von ärztlicher Seite daraus ableiten. Bitte übermitteln Sie die oben genannten Informationen, die Sie Ihrem Behandlungsplan entnehmen können, im Anschluss an das Assessment in der Kiliani-Klinik an Ihre/n Lots:in.



Assistierter
Sofortiger
Augmentierter
Post/Long-COVID Plan

Die Aufzeichnung und Auswertung der Daten erfolgt pseudonymisiert, d.h. unter Verwendung einer Forschungsnummer und ohne Angabe Ihres Namens. Alle Angaben, sowohl aus den Fragebögen, als auch den telefonischen Interviews, sind lediglich mit dieser Forschungsnummer und nicht mit Ihrem Namen versehen. Diese Forschungsnummer oder auch „persönlicher Code“ genannt, ist ganz wichtig und deswegen bitten wir Sie, diesen Code für sich aufzuschreiben oder zu speichern – z.B. auf einer für Sie wiederfindbaren Notiz oder einem Zettel. Bitte bewahren Sie diesen Zettel/die Notiz mit Ihrem Code so auf, dass niemand anderes diesen Code verwenden kann.

Wir bitten Sie, vor Beginn des Screenings die folgende Einwilligungserklärung (elektronisch) auszufüllen. Wir weisen darauf hin, dass alle Angaben, die im Rahmen der Einwilligungserklärung gemacht und alle Angaben, die im Rahmen der Fragebogenerhebungen sowie des Assessments gemacht werden, getrennt von den Angaben aus der Einwilligungserklärung gespeichert werden.

Es existiert eine Kodierliste, die Ihren Namen mit dieser Nummer verbindet. Diese Kodierliste wird elektronisch erstellt. Anschließend wird diese an Prof. Lippke, Lehrstuhl Gesundheitspsychologie und Verhaltensmedizin an der Jacobs University Bremen, übersendet. Diese wird getrennt von allen anderen Informationen (z.B. aus Fragebögen und Interviews) aufbewahrt, sodass diese nicht mit Ihrem Namen in Verbindung gebracht werden können. Die Kodierliste ist somit nur den Projektmitarbeitenden zugänglich und wird nach Abschluss der Datenerhebung gelöscht. Durch die Kodierliste können Sie Ihr Einverständnis zur Aufbewahrung bzw. Speicherung dieser Daten widerrufen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen. Sie können jederzeit eine Löschung all Ihrer *personalisierten und pseudonymisierten* Daten verlangen. Nach Abschluss der Datenerhebung und der Löschung der Kodierliste werden alle Daten anonymisiert. Ihre *anonymisierten* Daten zu Forschungszwecken können weiterverwendet werden und 10 Jahre gespeichert bleiben.

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist Ihre Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 Buchst. a und Art. 9 Abs. 2 Buchst. a der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung).

Verantwortliche im Sinne der Datenschutz-Grundverordnung sind auf Seiten der Jacobs University Bremen Frau Prof. Lippke und auf Seiten der Dr. Becker Klinikgesellschaft mbH & Co. KG Frau Dr. Becker. Sie haben das Recht, im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben, Auskunft über die von Ihnen gespeicherten Daten zu verlangen. Ebenso können Sie eine Berichtigung falscher Daten, eine Übertragung der von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten sowie eine Löschung der Daten oder Einschränkung Ihrer Verarbeitung verlangen. Bei Anliegen zur Datenverarbeitung und zur Einhaltung des Datenschutzes können Sie sich auch an die Datenschutzbeauftragten wenden. Dies ist auf Seiten der Jacobs University Bremen: *Dr. Uwe Schläger, datenschutz nord GmbH, Tel: 0421 6966 32 330* und auf Seiten der Dr. Becker Klinikgesellschaft mbH & Co. KG *Stefan Kleinermann, Kleinermann & Sohn GmbH, Tel: 02401 60540*.



Assistierter
Sofortiger
Augmentierter
Post/Long-COVID Plan

Einwilligungserklärung zur Teilnahme am Forschungsprojekt „ASAP“
(bitte durchlesen, ausfüllen und „abschicken“)

Ich _____ (Name in Blockbuchstaben bitte eintragen)

bin schriftlich über den Inhalt und das Ziel des Forschungsprojektes „ASAP“, das in Verantwortung von Prof. Dr. Lippke an der Jacobs University Bremen und der Dr. Becker Klinikgesellschaft durchgeführt und ausgewertet werden soll, informiert worden. Dazu habe ich die Teilnahmeinformation gelesen, in der die Einzelheiten zum Ablauf des Projektes erklärt wurden. Ich habe alle Informationen vollständig gelesen und verstanden. Eine Kopie der Ausfertigung wird mir per E-Mail zugeschickt werden. Sofern ich Fragen zu diesem Projekt hatte, wurden sie von einem Projektmitarbeitenden vollständig und zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Mit der beschriebenen Handhabung der erhobenen Daten sowie der Weitergabe an Prof. Lippke und ihre Mitarbeitenden an der Jacobs University Bremen bin ich einverstanden.

Ich weiß, dass die Teilnahme an dem Projekt freiwillig ist und ich meine Teilnahme jederzeit ohne Angaben von Gründen beenden kann, ohne dass mir ein Nachteil daraus entsteht.

Eine Ausfertigung der Teilnahmeinformation über das Forschungsprojekt „ASAP“ und die Einhaltung der DSGVO habe ich gelesen. Eine Kopie der Ausfertigung wird mir per E-Mail zugeschickt werden. Die Teilnahmeinformationen sind Teil dieser Einwilligungserklärung.

Ich erstelle meine Forschungsnummer selber an Hand der folgenden Informationen:

1. Die ersten beiden Buchstaben meines Geburtsortes (z. B. Frankfurt → F r)
2. Die Tagesangabe meines Geburtstags (z. B. 10.03.1985 → 10).
3. Die ersten beiden Buchstaben meines ersten Vornamens (z.B. Mareike → M a)
4. Die letzten beiden Buchstaben meines Nachnamens bei Geburt (z.B. Müller → e r)

Beispiel: F r 1 0 M a e r

Nun trage ich hier meinen *persönlichen Code* ein: _____ (BITTE SCHREIBEN SIE SICH DEN CODE AUCH IN EINE FÜR SIE WIEDERFINDBAREN NOTIZ ODER EINEN ZETTEL)

Ich habe mir meinen persönlichen Code gut für meine eigene Dokumentation aufgeschrieben.

Meine Telefonnummer:

Meine E-Mail-Adresse:



Assistierter
Sofortiger
Augmentierter
Post/Long-COVID Plan

Unter diesen Voraussetzungen erkläre ich meine Einwilligung zur Teilnahme an dem Projekt „ASAP“.

Ansprechpartnerinnen

<i>Wenn Sie Fragen zum Projektinhalt und Projektablauf haben, wenden Sie sich bitte an die Jacobs University Bremen:</i>	<i>Wenn Sie Fragen zu Ihrer Teilnahme an dem Projekt haben, wenden Sie sich bitte an die Dr. Becker Klinikgruppe:</i>
Jacobs University Bremen Gesundheitspsychologie Campus Ring 1; 28759 Bremen	Dr. Becker Klinikgruppe Parkstr. 10 50968 Köln
Prof. Dr. Sonia Lippke Tel: +49 421 200 4721 E-Mail: asap-projekt@jacobs-university.de	Carina Kolb Tel: +49 221 93 46 47 83 Email: ckolb@dbkg.de