

Liebe Interessenten, Liebe Interessentinnen,

wir freuen uns, dass Sie an unserer Studie teilnehmen und unsere mobile Intervention „ReCOVer“ nutzen möchten. Ihre Daten können uns helfen, mehr über Ihren Nutzen durch die Intervention zu erfahren und wie wir die Anwendung weiterhin verbessern können. Um sicher zu gehen, dass wir die Anwendung zukünftig auf die Bedürfnisse und Anforderungen von Long/Post-COVID Betroffenen anpassen, ist es erforderlich, dass wir die Ein- und Ausschlusskriterien für eine Studienteilnahme genauer überprüfen.

Zum Zwecke der Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien lassen Sie bitte das nachfolgende Auskunftsfomular (Seite 2-3) von einem Arzt oder Ärztin (z.B. Ihrem Hausarzt) ausfüllen, unterschreiben und abstempeln. Schicken Sie dieses Formular zusammen mit der von Ihnen unterschriebenen Schweigepflichtsentbindung (Seite 4) und Ihrer Einwilligungserklärung (Seite 5) per Post an folgende Adresse:

TU Dresden

Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie

Professur für Klinische Psychologie und E-Mental Health

Recover / Recover-Studie

01062 Dresden

Nach Erhalt beider Formulare nehmen wir per E-Mail, Kontakt zu Ihnen auf. Ohne die beiden unterzeichneten und vollständig ausgefüllten Formulare ist die Teilnahme an der Studie leider nicht möglich. Bei Erfüllung der Einschlusskriterien und Nicht-Erfüllung der Ausschlusskriterien senden wir Ihnen einen Link zur Anmeldung auf der Studienplattform zu.

Fragen zur Studienteilnahme beantworten wir Ihnen gern unter recover@tu-dresden.de.

Herzliche Grüße,

Ihr ReCOVer-Team

Hiermit bestätige ich, dass bei

Frau/Herr _____, geb. am: _____

Adresse: _____

ein Long/Post COVID Zustand, nicht näher bezeichnet (U09.9) nach ICD-10-GM Version 2023 vorliegt.

Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien (bitte Zutreffendes ankreuzen):

Der/die Patient/in ist zurzeit an dem Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet (U09.9) nach ICD-10-GM Version 2023 erkrankt und diagnostiziert worden. Diese Schlüsselnummer ist zu verwenden, wenn bei einer anderenorts klassifizierten Störung angegeben werden soll, dass sie in Zusammenhang mit einer vorausgegangenen Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) steht. Diese Schlüsselnummer ist nicht anzuwenden, wenn COVID-19 noch vorliegt.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Geben Sie hier bitte den deutschen ICD-10 Diagnoseschlüssel (ICD-10-GM) für die andere klassifizierte Störung an zu der der Sekundärkode U09.9 hinzugefügt wurde:	
Wurde der Patient/ die Patientin in der Vergangenheit mit U07.1 G (COVID-19, Virus nachgewiesen) diagnostiziert? Benutzen Sie diese Schlüsselnummer, wenn COVID-19 durch einen Labortest nachgewiesen ist, ungeachtet des Schweregrades des klinischen Befundes oder der Symptome.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde der Patient/ die Patientin in der Vergangenheit mit U07.2 G (COVID-19, Virus nicht nachgewiesen) diagnostiziert? Benutzen Sie diese Schlüsselnummer, wenn COVID-19 klinisch-epidemiologisch bestätigt ist und das Virus nicht durch einen Labortest nachgewiesen wurde oder kein Labortest zur Verfügung steht.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ist der Patient/ die Patientin zurzeit mit dem SARS-CoV-2/COVID-19/Corona-Virus infiziert?	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Ja, ein positiver PCR- Test liegt vor (U07.1 G)<input type="checkbox"/> Ja, aber es liegt nur ein positiver Antigen- also Selbst-/Schnelltest vor (U07.2 G)<input type="checkbox"/> Ja, aber es liegt kein positiver Test vor (U07.2 G)<input type="checkbox"/> Nein, der Patient/ die Patientin ist nicht (nachweislich) infiziert
--	---

Praxisstempel, Datum und Unterschrift

[für den Arzt/ die Ärztin]

Sehr geehrt Damen und Herren,
im Rahmen einer Studie an der TU Dresden bieten wir Long/Post-COVID Betroffenen, die Teilnahme an einer psychosozialen Selbsthilfe-Intervention an. Bevor Betroffene jedoch Zugang zur Studienplattform erhalten können, ist es erforderlich, dass ein Arzt oder eine Ärztin die bestehende Long/Post-COVID Symptomatik bestätigt/einschätzt, damit wir die Ein- und Ausschlusskriterien für eine Studienteilnahme überprüfen können. Hierfür wird der/die Patient/in mit einem entsprechenden Formular auf Sie zukommen. Zu Ihrer eigenen Absicherung haben wir eine Einwilligungserklärung in die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht im Hinblick auf das Ausfüllen des Auskunftformulars für Ihre Akten vorbereitet.
Bei Fragen wenden Sie sich bitte an das Studienteam.

Einwilligungserklärung

in die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich _____ [NAME], _____ [VORNAME] willige ein,
dass Frau/Herr _____

[Name und Anschrift des Arztes/ der Ärztin] Angaben zu meiner aktuellen Long/Post-COVID Symptomatik in das Auskunftformular zur Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme an ReCOVer einträgt. Die Schweigepflichtentbindung bezieht sich ausschließlich auf die im Formular verlangten Angaben zur Überprüfung der Symptomatik. Die Übermittlung des ausgefüllten Formulars an die Studienzentrale soll durch mich als Patient/in erfolgen. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung in die Entbindung von der Schweigepflicht ohne Rechtsfolgen verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Unterschrift und Name des/ der Patient/in

Ort, Datum

Einwilligungserklärung

Mit dem Zusenden des ausgefüllten Bogens willige ich ein, für den Zweck dieser Studie von der Studienzentrale kontaktiert zu werden. Ich versichere, dass die Angaben von einem Arzt oder Ärztin eingetragen wurden und ich im Nachhinein keine Änderungen am Formular vorgenommen habe. Zum Zwecke der Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien der Studie habe ich meinen Arzt/ meine Ärztin von der ärztlichen Schweigepflicht in Bezug auf die im Formular getätigten Angaben entbunden.

Die im Formular enthaltenen Angaben zu meiner Person werden mit Ausnahme der E-Mail Adresse nach den gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz absolut vertraulich behandelt und ausschließlich zur Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien sowie zur Kontaktaufnahme verwendet. Sie sind ausschließlich den Studienmitarbeitern zugänglich und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten aus dem Formular werden mit Ausnahme der E-Mail Adresse nicht auf die Studienplattform übertragen. Die mit dem Formular übermittelten Kontaktdaten werden gelöscht, sobald ich mich auf der Studienplattform angemeldet habe, spätestens 6 Monate nach Zugang bei der Studienzentrale. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung ohne Rechtsfolgen verweigern oder ohne Angaben von Gründen jederzeit formlos bei der Studienzentrale widerrufen kann. Bei Nicht-Einwilligung oder Widerruf der Einwilligung entstehen für mich keinerlei Nachteile.

Mir ist außerdem bekannt, dass ich nur bei Erfüllung der Einschlusskriterien sowie Nicht-Erfüllung der Ausschlusskriterien und nach Erhalt eines Zugangslinks von der Studienzentrale an der Studie teilnehmen kann. Durch das Aufrufen des Zugangslinks finde ich die Probandeninformation und die Datenschutzerklärung auf der Startseite der Befragung. Um an der Studie teilzunehmen, muss ich online in die Teilnahme an der Studie und die Datenschutzbestimmungen einwilligen.

Ich habe an der ersten ReCOVer-Umfrage „Psychische Komorbiditäten und Korrelate von Long/Post COVID Patient:innen und Bedarfe von Betroffenen an eine mobile Intervention“ schon teilgenommen:

- Ja
- Nein

Ich bin damit einverstanden durch das Studienteam unter dieser E-Mail Adresse bezüglich der Studie kontaktiert zu werden (E-Mail Adresse kann anonym sein):

Unterschrift und Name des Patienten/ der Patientin

Ort, Datum