**Einverständniserklärung**

Projekttitel:

Für Zutreffendes bitte Initialen in das Kästchen einsetzen

|  |  |
| --- | --- |
| Ich bestätige, dass ich die Information für Teilnehmende an diesem Forschungsprojekt gelesen und verstanden habe. Ich hatte Gelegenheit, über die Information nachzudenken und Fragen zu stellen. Meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet.  | ⬜ |
| Ich verstehe, dass meine Teilnahme freiwillig ist und dass ich mein Einverständnis jederzeit widerrufen kann, ohne irgendeine Begründung anzugeben.  | ⬜ |
| Ich verstehe dass ein Widerruf meines Einverständnisses keinerlei Auswirkungen auf meine medizinische Versorgung und/oder meine gesetzlichen Rechte hat. | ⬜ |
| Ich wurde darüber informiert, wo ich mich beschweren kann, falls ich mit der Behandlung während der Studie unzufrieden bin |  |
| (falls relevant) Ich erteile den Forschenden Erlaubnis zu Zwecken dieser Forschung meine Daten, einschließlich gesundheitlicher Informationen, zu verarbeiten | ⬜ |
| (falls relevant) Ich bin einverstanden, dass meine Daten, einschließlich Gesundheitsinformationen, mit Dritten (z.B. Partneruniversitäten im Projekt) geteilt werden dürfen, sofern dies für die Forschung notwendig ist | ⬜ |
| (falls relevant) Ich bin einverstanden, dass meine persönlichen Daten (Name, Adresse, Geburtsdatum, Kontaktinformation, diese Erklärung) mit [LBI, Universität] geteilt werden dürfen, um die Administration der Studie abzuwickeln | ⬜ |
| Ich verstehe dass Daten, die in dem Projekt über mich gesammelt wurden, anonymisiert werden | ⬜ |
| (falls relevant) Ich stimme zu, dass meine identifizierbaren Daten für zukünftige ethisch begutachtete Studien weiterverwendet werden dürfen | ⬜ |
| (falls relevant) Ich stimme zu, dass von mir Audio- und/oder Videoaufnahmen zum Zweck der Studie angefertigt werden | ⬜ |
| (falls relevant) Ich stimme zu, dass Audio- und/oder Videoaufnahmen von mir zum Zweck der Studie von [xyz] transkribiert werden dürfen | ⬜ |
| Ich stimme zu, an der o.g. Studie teilzunehmen | ⬜ |

Name der teilnehmenden Person Datum Unterschrift