*>Forschungsinstitut<*

*>Logo des Forschungsinstituts<*

*>Name der Projektleiterin/des Projektleiters<*

Ansprechpartner\*in für eventuelle Rückfragen:

*>Name der Versuchsleiterin/des Versuchsleiters<*

Telefon: *>Telefonnummer der Versuchsleitung<*

**Einwilligungserklärung**

kursiv in Spitzklammern: bitte ausfüllen

kursiv gesetzte Teile: fakultativ

***>Forschungsinstitut<***

**Titel der Studie: *>Titel<***

Ich (Name der Teilnehmerin /des Teilnehmers in Blockschrift)

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

bin >*mündlich / schriftlich<* über die Studie und den Versuchsablauf aufgeklärt worden. Ich habe alle Informationen vollständig gelesen und verstanden. Sofern ich Fragen zu dieser vorgesehenen Studie hatte, wurden sie von Herrn/Frau \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vollständig und zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Mit der beschriebenen Handhabung der erhobenen Daten bin ich einverstanden. Die Aufzeichnung und Auswertung der Daten erfolgt pseudonymisiert, d. h. unter Verwendung einer Nummer und ohne Angabe meines Namens. Es existiert eine Kodierliste auf Papier, die meinen Namen mit dieser Nummer verbindet. Diese Kodierliste ist nur der Versuchsleiterin/dem Versuchsleiter zugänglich und wird nach Abschluss der Datenerhebung oder der Datenauswertung gelöscht. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zur Aufbewahrung bzw. Speicherung dieser Daten widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Ich bin darüber informiert worden, dass ich jederzeit eine Löschung all meiner Daten verlangen kann. Wenn allerdings die Kodierliste bereits gelöscht ist, kann mein Datensatz nicht mehr identifiziert und also auch nicht mehr gelöscht werden. Meine Daten sind dann anonymisiert. Ich bin einverstanden, dass meine anonymisierten Daten zu Forschungszwecken weiter verwendet werden können und mindestens 10 Jahre gespeichert bleiben.

Sollten behandlungsbedürftige Auffälligkeiten >im EEG / in den Hirnbildern aus der MRT-Untersuchung / in der Testdiagnostik< erkannt werden, bin ich damit einverstanden, dass mir diese mitgeteilt werden, so dass ich diese ggf. weiter abklären lassen kann. Ich wurde darüber informiert, dass die Information über auffällige Befunde u.U. mit versicherungsrechtlichen Konsequenzen verbunden sein kann.

**EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG für MRT** Ich bin über Wesen, Bedeutung und Tragweite der geplanten MRT-Untersuchung aufgeklärt worden. Ich habe die Information zum Zweck der Untersuchung und die Teilnehmerinformation für MRT-Studien gelesen und verstanden. Zusätzlich bin ich ausführlich mündlich aufgeklärt und informiert worden. Ich habe weder Metallteile noch elektrische Geräte im Körper. Meine derzeitige körperliche Verfassung schließt eine Teilnahme an der MRT-Untersuchung nicht aus. Ich habe den Fragebogen für die Teilnahme an MRT-Studien wahrheitsgemäß ausgefüllt. Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass keine medizinische Diagnostik durchgeführt wird und die Hirnbilder auch nicht zur medizinischen Diagnostik verwendet werden. Für Frauen: Ich bin nicht schwanger.

**EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG für TMS** Ich bin über Wesen, Bedeutung und Tragweite der geplanten TMS-Untersuchung aufgeklärt worden. Ich habe die Information zum Zweck der Untersuchung und die Teilnehmerinformation für TMS-Studien gelesen und verstanden. Zusätzlich bin ich ausführlich mündlich aufgeklärt und informiert worden. Ich habe in der Vergangenheit keinen epileptischen Anfall gehabt. Meine derzeitige körperliche Verfassung schließt eine Teilnahme an der TMS-Untersuchung nicht aus. Ich habe den Fragebogen für die Teilnahme an TMS-Studien wahrheitsgemäß ausgefüllt. Für Frauen: Ich bin nicht schwanger.

**Zusatz für künftige Kontaktaufnahmen** Ich gebe mein Einverständnis, dass meine personenbezogenen Daten bei einer Weiterführung der wissenschaftlichen Arbeiten sowie zur Information über weitere wissenschaftliche Studien für eine Kontaktaufnahme zu mir genutzt werden dürfen. Zutreffendes bitte ankreuzen:

*O JA O NEIN.*

Ich hatte genügend Zeit für eine Entscheidung und bin bereit, an der o.g. Studie teilzunehmen. Ich weiß, dass die Teilnahme an der Studie freiwillig ist und ich die Teilnahme jederzeit ohne Angaben von Gründen beenden kann. Ich weiß, dass ich in diesem Fall Anspruch auf *eine Vergütung / Versuchspersonenstunden* für die bis dahin erbrachten Stunden habe.

Eine Ausfertigung der Teilnehmerinformation über die Untersuchung, *über EEG-Studien / MRT-Studien /TMS-Studien* und eine Ausfertigung der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Die *Teilnehmerinformation ist / Teilnehmerinformationen sind* Teil dieser Einwilligungserklärung.

 

Ort, Datum & Unterschrift der Teilnehmerin/des Teilnehmers Name der Teilnehmerin/des Teilnehmers in Druckschrift

Ihre Namen, Anschrift und Telefonnummer stehen nur auf dieser Einwilligungserklärung. Dies gibt uns die Möglichkeit, Ihnen ggf. auffällige Befunde bei ..... mitzuteilen. Diese Einverständniserklärung wird getrennt aufbewahrt; die darin enthaltenen persönlichen Angaben werden nicht gespeichert. Nach Studienende (Ende 202\_) wird die Einverständniserklärung vernichtet. Eine Zuordnung der erhobenen Daten zu einer bestimmten Person ist dann nicht mehr möglich, außer Sie selbst geben Ihr Codewort an.

 

Ort, Datum & Unterschrift der Versuchsleiterin/des Versuchsleiters Name der Versuchsleiterin/ des Versuchs-leiters in Druckschrift

**Bei Überweisung der Vergütung Angabe der Kontoverbindung**

Kontoinhaber(in): Kontonummer:

Bankleitzahl: Bank, Ort:

Bei Fragen oder anderen Anliegen kann ich mich an folgende Personen wenden:

|  |  |
| --- | --- |
| Versuchsleiter\*in:*>Name <**>Anschrift<**>Telefonnummer<**>Emailadresse<* | Projektleiter\*in:*>Name<**>Anschrift<**>Telefonnummer<**>Emailadresse<* |