*>Forschungsinstitut<*

*>Name des Projektleiters<*

Ansprechpartner für eventuelle Rückfragen:

*>Name des Versuchsleiters<*

Kontakt: *>Telefonnummer & E-Mail des Versuchsleiters<*

**Einwilligungserklärung**

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung zur Teilnahme an der Studie

**> Titel <**

Das Ziel der Studie ist…

Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Daten [*spezifizieren, welche:* z.B. Fragebögen, Interview, Beobachtung, etc.] in **anonymisierter Form** gespeichert und zu **wissenschaftlichen Zwecken** (vgl. Art. 89 DSGVO)**,** ausgewertet werden. Personenbezogene Daten, wie z.B. diese Einverständniserklärung, werden streng vertraulich behandelt und getrennt voneinander aufbewahrt. Die Weitergabe personenbezogener Daten an Dritte ist **ausgeschlossen.**

Meine Teilnahme an der Studie erfolgt **freiwillig**, daher kann ich die Studie zu jedem Zeitpunkt **ohne Angabe von Gründen abbrechen**. [*Bei Vergütung/ Versuchspersonenstunden*: Ich weiß, dass ich in diesem Fall **Anspruch** auf [*spezifizieren*: Pauschalbetrag oder Stundensatz] für die bis zu diesem Zeitpunkt erbrachten Stunden habe.] Ich kann auch im Nachhinein eine **Löschung meiner Daten** verlangen. Dazu wende ich mich innerhalb [*Zeitraum angeben, in dem eine vollständige Löschung garantiert werden kann*, z.B. die nächsten vierzehn Tage] an die oben angegebenen Kontaktdaten der Ansprechperson.

[Textbaustein bei Transkription von Video-/ bzw. Tonaufnahmen:]

Während der heutigen Datenerhebung erfolgt **zu Auswertungszwecken eine Video-/ bzw. Tonaufzeichnung.** Alle personenbezogenen Angaben, die auf meine Person rückschließen würden, werden in einer verschriftlichten Dokumentation **anonymisiert**. [Information, wann die Daten gelöscht werden, z.B. Nach Abschluss der Auswertung, spätestens am xx.xx.xxxx, werden die Ton- bzw. Videodateien umgehend gelöscht.]

[Textbaustein bei Messung physiologischer Daten:]

Ich bin über Wesen, Bedeutung und Tragweite der geplanten Erhebung <**physiologische Messdaten** spezifizieren> hinreichend aufgeklärt worden. Ich habe die Fragen zur Überprüfung von Voraussetzungen wahrheitsgemäß beantwortet. Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass bei Erhebung dieser Daten **keine medizinische Diagnostik** durchgeführt wird.

[Textbaustein bei Speicherung/ Weitergabe/ Veröffentlichung anonymisierter Daten:]

Ich bin damit einverstanden, dass meine anonymisierten Daten gespeichert und **zu Forschungszwecken** weiterverwendet <, an **andere Wissenschaftler** weitergegeben> und veröffentlicht werden können sowie dass sie mindestens <**10 Jahre**> gespeichert bleiben.

Ich habe die **Teilnehmerinformationen** vollständig gelesen und verstanden. Außerdem hatte ich die Möglichkeit, **Rückfragen** zu stellen, und sie wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Eine **Kopie dieser Einwilligungserklärung** wurde mir ausgehändigt.

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum und Unterschrift **Teilnehmer/in**: | Name (Teilnehmer/in) in Druckschrift: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ort, Datum und Unterschrift **Versuchsleitung**: | Name (Versuchsleitung) in Druckschrift: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |