**EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG TEILNEHMER\*IN** [entsprechend anpassen]

**Titel der Studie**: ……………………………….

Name und Kontaktdaten der Wissenschaftlerin/des Wissenschaftlers: ........................
…………………………………………………………………………………………………..

Kennnummer Teilnehmer\*in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Bitte Initialen ins Feld schreiben

 [oder Häkchen setzen, falls online]

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Ich bestätige, dass ich das Informationsblatt für Teilnehmer\*innen (Version XX vom TT. MM. JJJJ) für die obenstehende Studie gelesen und verstanden habe.
 |  |
| 1. Ich hatte Gelegenheit, die Informationen zu bedenken und Fragen zu stellen, die zu meiner Zufriedenheit beantwortet wurden.
 |  |
| 1. Ich verstehe, dass meine Teilnahme freiwillig ist und dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückziehen kann, ohne dass meine Gesundheitsversorgung oder meine gesetzlichen Rechte [gleiche Formulierung verwenden wie im Informationsblatt für Teilnehmer\*innen] betroffen sind.
 |  |
| 1. [Falls relevant] Ich verstehe, dass meine anonymisierten Daten mindestens X Jahre lang gespeichert werden und für zukünftige, von einer Ethikkommission geprüfte Forschungsprojekte verwendet werden können.
 |  |
| 1. [Falls relevant] Ich verstehe, dass während der Studie gesammelte Daten (und/oder relevante Teile meiner Krankenakte) von Mitarbeitenden des Sponsors (University of Edinburgh) eingesehen werden können, sofern dies für meine Teilnahme an der Studie relevant ist. Ich stimme zu, dass diese Personen Zugriff auf meine Daten (und/oder Krankenakte) erhalten.
 |  |
| 1. [Falls relevant] Ich weiß, dass die Teilnahme an dieser Studie in der gegenwärtigen Situation das Risiko birgt, mit dem Coronavirus in Kontakt zu kommen. Ich weiß, welche Schritte unternommen wurden, um das Risiko des Kontakts und der Übertragung zu minimieren.
 |  |
| 1. [Falls relevant] Ich stimme zu, dass meine Hausärztin/mein Hausarzt über meine Teilnahme an dieser Studie informiert wird.
 |  |
| 1. [Falls relevant] Ich stimme zu, dass mein Interview auf Tonband/Video [nicht Zutreffendes löschen] aufgenommen wird.
 |  |
| 1. [Falls relevant] Ich stimme zu, dass mein auf Tonband/Video [nicht Zutreffendes löschen] aufgenommenes Interview durch einen Drittdienstleister transkribiert wird.
 |  |
| 1. Ich willige ein, an der obengenannten Studie teilzunehmen.
 |  |

[Die untenstehenden Felder für die Unterschrift können durch Kästchen ersetzt werden, falls die Einwilligung online eingeholt wird.]

Name der Person,
die die Einwilligung gibt Datum Unterschrift

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

Name der Person,
die die Einwilligung entgegennimmt Datum Unterschrift

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

[Nachfolgende Anweisungen entfernen, wenn die Einwilligung online eingeholt wird]

1x Original – Akte der Organisation; 1x Kopie – an die/den Teilnehmer\*in; 1x Kopie – in die Krankenakte [falls relevant]