

Information für Betreuer von Teilnehmenden für die Studie

Name der Studie

zur Vorbereitung der mündlichen Aufklärung durch den Untersucher¹

Sehr geehrte Betreuerin, sehr geehrter Betreuer,

wir möchten die von Ihnen betreute Person _____ einladen, an einer Studie im Bereich der Sprach-, Sprech-, Stimm-, Schluckwissenschaften teilzunehmen. Diese Information dient dazu, Ihnen die Ziele und Hintergründe dieser Studie zu erläutern und Sie über verwendete Methoden zu informieren. Die Studie wurde von der dbs-Ethikkommission positiv bewertet.

Der nachfolgende Text soll Ihnen die Ziele und den Ablauf der Studie erläutern. Anschließend wird der Untersucher das Aufklärungsgespräch mit Ihnen führen. Bitte zögern Sie nicht, alle Punkte anzusprechen, die Ihnen unklar sind. Sie werden danach ausreichend Bedenkzeit erhalten, um über die Teilnahme der von Ihnen betreuten Person zu entscheiden. Eine Kopie der Informationsschreiben und der unterschriebenen Einwilligungserklärungen wird Ihnen ausgehändigt.

1. Von wem wird die Studie finanziert und organisiert?

Die Studie, die wir Ihnen hier vorstellen, wurde von der dbs-Ethikkommission zustimmend bewertet (wird unter Aktenzeichen geführt). Diese Studie wird in/an ...(Ort)... durchgeführt; es sollen insgesamt ...(Anzahl).. Personen daran teilnehmen. Die Studie wird veranlasst durch...(Hochschule)..., organisiert durch ...(optional: wenn abweichend von Veranlasser).. und finanziert durch ...(optional: externe Finanzierung.)... .

2. Warum wird diese Studie durchgeführt?

- Hintergrund
- Zielsetzung

Kommentiert [A1]: Max. 1200 Zeichen (inkl. Leerzeichen)

3. Wie ist der Ablauf der Studie und was muss ich beachten?

- Ablauf
- Dauer der einzelnen Untersuchungsschritte und der Untersuchung insgesamt
- Nennung Methoden
- Besonderheiten:

Kommentiert [A2]: Max. 1200 Zeichen (inkl. Leerzeichen)

Kommentiert [A3]: Geben Sie hier entweder eine Zeitspanne an (von-bis) oder einen Maximalwert.

Kommentiert [A4]: Hier sollen studienspezifische Besonderheiten aufgeführt werden. Beispielsweise könnte bei einer EEG-Studie erwähnt werden, dass die Studienteilnehmer im Anschluss voraussichtlich ihre Haare waschen müssen.

¹ Die Personenbezeichnungen erfolgen zur besseren Lesbarkeit in der generischen (grammatisch männlichen) Form, womit keinerlei Aussagen über das natürliche Geschlecht dieser Personen getroffen werden.

4. Wie funktionieren die Untersuchungsmethoden, und was sind ihre Risiken?

- o Aufzählung der Methoden plus Erläuterungen inkl. Risiken
- o vollständig und verständlich

5. Welchen persönlichen Nutzen hat die von mir betreute Person von der Teilnahme an der Studie?

Sie bzw. die von Ihnen betreute Person werden durch die Teilnahme an dieser Studie voraussichtlich keinen persönlichen Nutzen haben.

Oder:

Sie bzw. die von Ihnen betreute Person werden durch die Teilnahme an dieser Studie voraussichtlich einen persönlichen Nutzen haben:

Sie bzw. die von Ihnen betreute Person werden durch die Teilnahme an dieser Studie voraussichtlich keinen persönlichen Gesundheitsnutzen haben.

Oder:

Sie bzw. die von Ihnen betreute Person werden durch die Teilnahme an dieser Studie voraussichtlich einen persönlichen Gesundheitsnutzen haben:

Optional:

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich nicht um eine Untersuchung mit diagnostischer Fragestellung.

Oder:

Bei der vorliegenden Untersuchung werden Befunde erhoben. Es handelt sich jedoch nicht um eine ärztliche Diagnostik.

Sollten behandlungsbedürftige Auffälligkeiten im Rahmen der Studie erkannt werden (auch ohne, dass gezielt nach ihnen gesucht wird), bin ich damit einverstanden, dass mir diese mitgeteilt werden, so dass ich diese ggf. weiter abklären lassen kann. Der Untersucher wird mich bei der Suche nach einem geeigneten Ansprechpartner unterstützen. Ich wurde darüber informiert, dass die Information über auffällige Befunde u.U. mit versicherungsrechtlichen Konsequenzen für die von mir betreute Person verbunden sein kann.

6. Wer darf an dieser Studie teilnehmen bzw. nicht teilnehmen?

Die von Ihnen betreute Person kann an dieser Studie nur teilnehmen, wenn Inklusionskriterien (Einschlusskriterien) auflisten

Die von Ihnen betreute Person kann nicht teilnehmen, wenn.... Exklusionskriterien (Ausschlusskriterien) auflisten

7. Ist die Teilnahme an der Studie freiwillig?

Die Teilnahme der von Ihnen betreuten Person an dieser Studie ist freiwillig. Sie und die von Ihnen betreuten Person werden nur dann in die Studie einbezogen, wenn die von Ihnen betreute Person das möchte und Sie dazu schriftlich Ihre Einwilligung (auf der letzten Seite) erklären. Sofern sie nicht an der Studie teilnehmen möchte, entstehen ihr dadurch keine Nachteile. Sie bzw. die von Ihnen betreute Person können jederzeit, auch ohne Angabe von Gründen (mündlich, schriftlich oder per Email), die Teilnahme an der Studie beenden, ohne dass Ihnen oder der von Ihnen betreuten Person dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Kommentiert [A5]: Bitte hier mögliche **Nicht-Gesundheitsnutzen** schildern; gemeint ist nicht die Probandenvergütung; Bsp. Sprachförderung bei Migrationshintergrund

Kommentiert [A6]: Bitte Wahrscheinlichkeit, Art und Ausmaß des zu erwartenden **Gesundheitsnutzens** erläutern

Kommentiert [A7]: Einer der beiden folgenden Punkte muss zwingend im Antrag erhalten bleiben.

Kommentiert [A8]: Dieser Abschnitt bleibt zwingend bestehen.


Kommentiert [A9]: Bitte führen Sie hier vollständig alle Kriterien auf, die für die Teilnahme an der Studie erfüllt sein müssen.

Kommentiert [A10]: Bitte führen Sie hier vollständig alle Kriterien auf, die gegen eine Teilnahme an der Studie sprechen. Diese Ausschlusskriterien sollten sowohl aufführen, wer durch die Studie besonders gefährdet wäre und deshalb nicht teilnehmen darf als auch wer aus methodischen oder inhaltlichen Gründen nicht teilnehmen darf. Sie können die Betreuer aber auch erst nach Durchführung der Studie aufklären, falls notwendig.

Kommentiert [A11]: Wenn die betreute Person nicht selber zustimmen kann, müssen Sie die entsprechenden Teile dieses Absatzes ändern.

Hochschule

Name Untersucher

Datum, Version... 

**8. Entstehen für die von mir betreute Person Kosten durch die Teilnahme an der Studie?
Erhält sie eine Aufwandsentschädigung?**

Entweder:

Eventuell durch die Teilnahme entstehende Kosten werden nicht erstattet.

Oder:

Durch Ihre Teilnahme an dieser Studie entstehen für Sie keine Kosten.

Optional: Es werden Ihnen die gesamten Fahrtkosten von ihrem Wohnort zur Prüfstelle und zurück (Bahn-/Busticket bzw. mit dem Auto Kilometerpauschale Euro/km) erstattet.

Optional:

Für die Teilnahme an dieser Studie erhält die von Ihnen betreute Person eine Anerkennung oder: **im Wert von von Euro pro Stunde.**

Kommentiert [A12]: Es kann eine Anerkennung im Wert von max. 15,00 Euro pro Stunde (Gutscheine, Geschenke) oder Geld an die betreute Person oder ggf. dem Betreuer übergeben werden.

9. Ist die von mir betreute Person während der Studie versichert?

Entweder:

Es wurde keine gesonderte Versicherung abgeschlossen. Es besteht während der Teilnahme an der Studie kein gesonderter Versicherungsschutz. Die von Ihnen betreute Person nimmt als Privatperson an der Studie teil.

Oder:

- o Wird die Studie im Rahmen einer verordneten Heilmittelbehandlung der von Ihnen betreuten Person durchgeführt, dann sind die notwendigen Versicherungen für die Heilmittelbehandlung durch die Einrichtung vorhanden.

Oder:

- o Wird die Studie an der Hochschule durchgeführt, dann sind die notwendigen Versicherungen für die Heilmittelbehandlung durch die Einrichtung vorhanden.

Oder:

Es besteht während der Teilnahme an der Studie eine Betriebshaftpflichtversicherung der Hochschule. Die Versicherungsscheinnummer lautet:

Oder:

Es wurde für die von Ihnen betreute Person eine Versicherung abgeschlossen: **welche? Eine Wege-Unfall-Versicherung und/oder eine Probandenversicherung (s.u).**

Optional:

1) Wege-Unfall-Versicherung

Für diese Studie besteht eine Versicherung für Zwischenfälle, die der von Ihnen betreuten Person auf dem direkten Weg zur Untersuchung oder nach dem Ende der Untersuchung auf dem direkten Rückweg widerfahren.

Name der Versicherung, Adresse der Versicherung, Telefonnummer/ Fax, Versicherungsschein-Nummer: (siehe Anlage, Kopie des Versicherungsscheins), Ansprechpartner ist

Der Versicherungsschutz greift vom (Datum, Uhrzeit) bis ... (Datum, Uhrzeit). Die Höchstleistung pro versicherte Person beträgt **... Euro bei Invalidität und Euro bei Tod.** Diese Versicherung deckt unfallbedingte Schäden, die auf dem Weg von und zur Prüfstelle entstehen. Wenn die Gesundheit der von Ihnen betreuten Person geschädigt oder bestehende Leiden verstärkt wurden, müssen Sie dies unverzüglich dem Versicherer direkt anzeigen, gegebenenfalls mit Unterstützung durch Ihren Untersucher, um Ihren Versicherungsschutz nicht zu gefährden. Sofern Ihr Untersucher Sie dabei unterstützt, erhalten Sie eine Kopie der Meldung. Sofern Sie Ihre Anzeige direkt an den Versicherer richten, informieren Sie bitte zusätzlich Ihren Untersucher. Hat der Unfall den Tod zur Folge, so ist dies innerhalb von 48 Stunden dem Versicherer zu melden, auch wenn der Unfall dort schon angezeigt war.

Hochschule Name Untersucher Datum, Version...

Sie erhalten ein Exemplar der Versicherungsbestätigung einschließlich der Versicherungsbedingungen. Wir weisen insbesondere auf § ... (zum Umfang der Leistungen), auf § ... (zu den Ausschlüssen), und auf § ... (zu Ihren Obliegenheiten) hin.

Optional:

2) Probandenversicherung

Zusätzlich wurde eine Probandenversicherung für die von Ihnen betreute Person abgeschlossen. Ansprechpartner ist ... (Name der Versicherung, Adresse der Versicherung, Telefonnummer/ Fax, Versicherungsschein-Nummer: (siehe Anlage, Kopie des Versicherungsscheins). Der Versicherungsschutz greift vom ... (Datum, Uhrzeit) bis ... (Datum, Uhrzeit). Die Höchstleistung pro versicherte Person beträgt ... Euro bei Invalidität und Euro bei Tod. Diese Versicherung deckt Schäden, die ... Wir weisen insbesondere auf § ... (zum Umfang der Leistungen), auf § (zu den Ausschlüssen), und auf § ... (zu Ihren Obliegenheiten) hin.

Es wird Ihnen jeweils ein Exemplar der Versicherungsbestätigung einschließlich der Versicherungsbedingungen ausgehändigt.

Kommentiert [A13]: Absatz muss bestehen bleiben, wenn eine Versicherung (jeglicher Art) abgeschlossen wurde.

10. Kann die Teilnahme der von Ihnen betreuten Person an der Studie vorzeitig beendet werden?

Sie bzw. die von Ihnen betreute Person können jederzeit, auch ohne Angabe von Gründen, die Teilnahme an der Studie beenden (mündlich, schriftlich oder per Email), ohne dass Ihnen oder der von Ihnen betreuten Person dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Ausschlusskriterien (vgl. Punkt 6), die während der Teilnahme an der Studie auftreten/entstehen, sollten einem Ansprechpartner der Studie mitgeteilt werden, um einen möglicherweise notwendigen Ausschluss aus der Studie zu prüfen.

Weiterhin können der Studienleiter, der Untersucher und die dbs-Ethik-Kommission die Teilnahme der von Ihnen betreuten Person an der Studie vorzeitig beenden, wenn neue Information zeigen, dass deren Teilnahme nicht in ihrem besten Interesse oder zielführend für die Studie ist.

Bitte informieren Sie den Untersucher unverzüglich, sollten Sie irgendwelche unerwarteten Reaktionen im Rahmen der Studie an der von Ihnen betreuten Person feststellen.

11. Was geschieht mit den Daten der von mir betreuten Person?

Während der Studie werden Befunde und persönliche Informationen zu der von Ihnen betreuten Person erhoben und in der Prüfstelle elektronisch optional: und/oder in Papierform gespeichert. Die personenbezogenen Daten der von Ihnen betreuten Person werden vertraulich behandelt.

Die Daten sind für nicht involvierte Mitarbeiter/Angestellten einsehbar oder nicht einsehbar (optional).

Kommentiert [A14]: Wo? ... im Pflegeheim, betreuten Wohnen, Werkstatt für Behinderte etc.

Die für die klinische Prüfung wichtigen Daten werden zusätzlich in optional: pseudonymisierter oder anonymisierter Form gespeichert, ausgewertet und gegebenenfalls weitergegeben.

Entweder:

1. Variante „Kodierliste“: Die Aufzeichnung und Auswertung der Daten erfolgt pseudonymisiert, d. h. unter Verwendung einer Nummer und ohne Angabe des Namens. Es existiert eine Kodierliste, die den Namen mit dieser Nummer verbindet. Diese Kodierliste ist nur dem Versuchsleiter zugänglich und wird nach Abschluss der Datenauswertung gelöscht. Ihnen ist bekannt, dass Sie ihr Einverständnis zur Aufbewahrung bzw. Speicherung dieser Daten widerrufen können, ohne dass Ihnen oder der von Ihnen betreuten Person daraus Nachteile entstehen. Sie sind darüber informiert worden, dass Sie jederzeit eine Löschung der Daten der von Ihnen betreuten Person verlangen können. Wenn allerdings die Kodierliste bereits gelöscht ist, kann ein individueller Datensatz nicht mehr identifiziert und also auch nicht mehr gelöscht werden. Die Daten sind dann anonymisiert. Sie erklären sich damit einverstanden, dass die anonymisierten Daten zu Forschungszwecken weiter verwendet werden können und mindestens 10 Jahre gespeichert bleiben.

Kommentiert [A15]: Sie müssen sich zwingend für eine Variante „Kodierliste“ oder „persönliches Codewort“ entscheiden und den Absatz angeben.

Oder:

2. Variante „**Persönliches Codewort**“: Die Aufzeichnung und Auswertung der Daten erfolgt anonymisiert, d. h. unter Verwendung eines persönlichen Codewortes, das Sie für die von Ihnen betreute Person erstellt haben und das nur Sie selbst kennen. Das Blatt, auf dem Sie dieses Codewort erstellt haben, befindet sich in ihrem Besitz. Ihnen ist bekannt, dass Sie ihr Einverständnis zur Aufbewahrung bzw. Speicherung der Daten der von Ihnen betreuten Person widerrufen können, ohne dass Ihnen oder der von Ihnen betreuten Person daraus Nachteile entstehen. Sie sind darüber informiert worden, dass Sie jederzeit eine Löschung aller Daten verlangen können. Sie sind einverstanden, dass die anonymisierten Daten der von Ihnen betreuten Person zu Forschungszwecken weiter verwendet werden können und mindestens 10 Jahre gespeichert bleiben.
- Sie sind darüber informiert, dass persönliche Daten von Ihnen oder der von Ihnen betreuten Person nur auf dieser Einwilligungserklärung stehen und nicht gespeichert werden und dass die Einwilligungserklärung getrennt aufbewahrt und nach Studienende (**Ende >Jahrangabe<**) vernichtet wird. Ihnen ist bekannt, dass eine Zuordnung der erhobenen Daten zu einer bestimmten Person auch vorher nicht möglich ist.
- Da alle Daten vollständig anonymisiert vorliegen, sind Sie über das folgende Vorgehen informiert worden: Im Falle von behandlungsbedürftigen Auffälligkeiten werden sämtliche in Frage kommenden Versuchsteilnehmer angeschrieben und um Mitteilung gebeten, ob das betreffende persönliche Codewort auf sie zutrifft. Sie sind darüber informiert, dass Sie sich – sofern es sich um das Codewort der von Ihnen betreuten Person handelt – bei der angegebenen Adresse melden und nähere Informationen einholen sollten. Wenn das angegebene Codewort nicht das der von Ihnen betreuten Person ist, können Sie dieses Schreiben ignorieren.

Und/oder

Die Studie wird im Rahmen einer verordneten Heilmittelbehandlung durchgeführt. Die für die Heilmittelbehandlung notwendigen Daten werden, wie bei einer Heilmittelbehandlung üblich, auf Anforderung des behandelnden Arztes an den behandelnden Arzt weiter gegeben. Die für die Abrechnung der Heilmittelbehandlung notwendigen Daten werden im Rahmen der Abrechnung an die Kassen übermittelt.

Optional

Studienbezogene Daten werden nicht an den behandelnden Arzt und die Kostenträger übermittelt.

Oder

Studienbezogene Daten können an den Arzt, nicht jedoch an die Kostenträger übermittelt werden.

Für die Datenverarbeitung verantwortlich ist in dieser Studie: **.... (Name) , Tel., Email**

Die Dokumentationsbögen, Einverständniserklärung sowie weitere wichtige Studienunterlagen werden mindestens 10 Jahre lang aufbewahrt, wie es die Vorschriften GCP-Verordnung (Good Clinical Practice Verordnung) bestimmen. Danach werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit nicht gesetzliche, satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen.

Weitere Einzelheiten, insbesondere zur Möglichkeit eines Widerrufs, entnehmen Sie bitte der Einwilligungserklärung, die im Anschluss an diese Information abgedruckt ist.


Die Studienergebnisse werden ohne Bezug zur Identität der von Ihnen betreuten Person veröffentlicht.

Optional:

Kommentiert [A16]: Wenn Aufnahmen jeglicher Art (Audio, Video, MRT etc.) gemacht werden, muss dieser Punkt zwingend mit aufgenommen werden.

Hochschule

Name Untersucher

Datum, Version... 

12. Was geschieht mit den Aufnahmen der von Ihnen betreuten Person mit ... Verfahren?

Ich habe die Information zum Zweck der Untersuchung gelesen und verstanden. Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass die Teilnahme jederzeit von jeder Seite ohne Angabe von Gründen widerrufen werden kann, ohne dass der von mir betreuten Person und mir daraus Nachteile entstehen. **Optional: Ich stimme zu, dass eine Videoaufnahme oder Audioaufnahme der Diagnostik erstellt wird, die ausschließlich zur späteren Analyse dient.** Die gespeicherten Daten der von mir betreuten Person sowie Daten über mich werden **optional: voll anonymisiert oder pseudonymisiert**. Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass meine/seine personenbezogenen Daten verschlossen und getrennt von allen weiteren Untersuchungsdaten, aufbewahrt werden. Die Daten werden nach der von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geforderten und gesetzlich vorgeschriebenen zehnjährigen Nachweispflicht gelöscht.

Optional:

Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass die im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten über die von mir betreute Person **anonymisiert** für Folgeanalysen und zukünftige wissenschaftliche Studien zur Verfügung gestellt werden können.

Optional:

Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass die im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten über die von mir betreute Person **optional: anonymisiert oder pseudonymisiert** für Folgeanalysen und zukünftige wissenschaftliche Studien **... wo?** zur Verfügung gestellt werden können.

Ja Nein

Optional:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Ausschnitte aus den Video- und Audiodaten der von mir betreuten Person zu Forschungs- und Lehrzwecken, insbesondere im Rahmen von wissenschaftlichen Vorträgen und Präsentationen genutzt werden. Ich kann gegebene Erlaubnis jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen (mündlich oder schriftlich), ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Ja Nein

Optional:

Ich gebe mein Einverständnis, dass der Untersucher oder verantwortlicher Studienleiter einen aktuellen ärztlichen oder therapeutischen Befund der von mir betreuten Person beim behandelnden Arzt oder Therapeuten anfordert. Eine Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht habe ich erhalten und unterschrieben.

Ja Nein

Sonstiges: (Warteliste/Zeit?)

Kommentiert [A17]: Wenn Daten angefordert bzw. eingesehen werden müssen, dann muss dazu ein Einverständnis vorliegen.

Datenschutz:

Mir ist bekannt, dass bei dieser Studie personenbezogene Daten über mich und die von mir betreute Person, insbesondere sprachtherapeutische Befunde über die von mir betreute Person erhoben, gespeichert und ausgewertet werden sollen. Die Verwendung der Angaben über die Gesundheit der von mir betreuten Person erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor der Teilnahme an der Studie folgende freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus, das heißt, ohne die nachfolgende Einwilligung kann die von mir betreute Person nicht an der Studie teilnehmen.

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie personenbezogene Daten, insbesondere Angaben über die Gesundheit der von mir betreuten Person, erhoben und in Papierform sowie auf elektronischen Datenträgern in _____ und _____ (optional: in, optional: in Und) (Hochschule/Institut/Einrichtung) aufgezeichnet werden. Soweit erforderlich, dürfen die erhobenen Daten anonymisiert oder pseudonymisiert (verschlüsselt) (optional) weitergegeben werden:
 - a) an die Untersucher, den Auftraggeber (optional) oder eine von diesem beauftragte Stelle zum Zwecke der wissenschaftlichen Auswertung (optional) ,
 - b) im Falle unerwünschter Ereignisse: an die Untersucher, den Auftraggeber und an die dbs-Ethik-Kommission.
2. optional: Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Beauftragte des verantwortlichen Studienleiters oder des Geldgebers (optional) in die beim Untersucher vorhandenen personenbezogenen Daten von mir und der von mir betreuten Person, insbesondere die Gesundheitsdaten der von mir betreuten Person, Einsicht nehmen, soweit dies für die Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung der Studie notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinde ich den Untersucher von der therapeutischen Schweigepflicht.
3. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Dokumentationsbögen, Einverständniserklärung sowie weitere wichtige Studienunterlagen noch mindestens 10 Jahre lang aufbewahrt werden, wie es die Vorschriften der GCP-Verordnung bestimmen. Danach werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit nicht gesetzliche, satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen.
4. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mir Zufallsbefunde mitgeteilt und gegebenenfalls Schritte zur weiteren Abklärung empfohlen werden.
5. Ich bin darüber informiert, dass mir und der von mir betreuten Person ein Recht auf Auskunft über und Berichtigung fehlerhaft verarbeiteter Daten zugesichert ist (nach §4a Abs. 1(2) BDSG, Art. 10c) 3. Spiegelstrich 1995/46/EG).

Ich erkläre mich mit der Teilnahme der von mir betreuten Person an der genannten Studie einverstanden. Ich bestätige, dass die von mir betreute Person freiwillig an der Studie teilnehmen möchte, soweit dies erkennbar ist.

Ein Exemplar der Studieninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Ein Exemplar verbleibt bei dem **Untersucher oder bei der Hochschule (optional)**.

.....
Vorname & Name des **Betreuers** in Druckbuchstaben

.....
Datum

.....
Unterschrift des **Betreuers**