Projektbezeichnung

**Einwilligungserklärung**

Hiermit erkläre ich, dass ich insbesondere über die Ziele, den Ablauf und über die Dauer und den Nutzen der Studie aufgeklärt wurde.

Die Probandeninformation habe ich gelesen und verstanden. Ich bin durch (Name des / der Verantwortlichen) über den Zweck, den Ablauf, die Bedeutung sowie die Vorteile und Risiken, die damit verbunden sein können, auch ausführlich und verständlich mündlich aufgeklärt worden. Alle meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden. Ich habe eine Kopie der Probandeninformation und Einwilligungserklärung ausgehändigt bekommen. Ich hatte genügend Zeit, um meine Entscheidung zur Studienteilnahme zu überdenken und frei zu treffen.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung zur Teilnahme an der Studie zurückziehen kann (mündlich oder schriftlich), ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

**Ich erkläre mich bereit, an der o. g. Studie freiwillig teilzunehmen.**

**Haftungsvereinbarung:**

Eine Haftung wird lediglich für vorsätzliches und grob fahrlässiges Fehlverhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Projekts übernommen. Die Schadenersatzhaftung ist auf den vorhersehbaren, typischerweise entstehenden Schaden begrenzt. Vorstehende Haftungsbeschränkungen gelten nicht für die schuldhafte Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit sowie für die zwingende Haftung nach dem Produkthaftungsgesetz.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich auf dem Weg von und zur Prüfstelle nicht unfallversichert bin.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

*Proband/in (Name, Vorname* *in Druckbuchstaben)* *Geb.-Datum*

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

 *Ort, Datum* *Unterschrift*

 *(ggf. der Sorgeberechtigten)*

***Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung des Probanden eingeholt.***

*Projektleiter/in (Name in Druckbuchstaben): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *Ort, Datum* *Unterschrift*

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\*Hinweis: Dieses Dokument muss ausgedruckt und eigenhändig unterschrieben werden.*