|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Lehrstuhl für Psychologie I**  Experimentelle Klinische Psychologie |
|  |

Prof. Matthias Gamer  
Lehrstuhl für Psychologie I  
Experimentelle Klinische Psychologie  
Marcusstr. 9-11  
D-97070 Würzburg  
  
Telefon: +49 (0) 931-31- 89722

E-Mail: matthias.gamer@psychologie.uni-wuerzburg.de

**Einwilligungserklärung**

**Eyetracking**

**Durch meine Unterschrift bestätige ich:**

Die Probandeninformation habe ich sorgfältig durchgelesen und verstanden. Mit dem beschriebenen Vorgehen bin ich einverstanden. Der Versuchsleiter hat alle meine Fragen zu meiner vollen Zufriedenheit beantwortet.

Ich nehme freiwillig an der Eyetracking-Studie teil und bin damit einverstanden, dass die erhobenen Daten in verschlüsselter Form, d.h. in unpersönlicher Form (ohne Namens- oder Initialnennung), aufgezeichnet, in Computern gespeichert und wissenschaftlich ausgewertet werden. Ich bin auch damit einverstanden, dass die Ergebnisse der Studie in Gruppen zusammengefasst, wissenschaftlich veröffentlicht werden. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich jederzeit, auch nach der Erhebung, eine Vernichtung der von mir erhobenen Daten verlangen kann, solange eine Zuordnung zu meiner Person noch möglich ist.

Ich bin darüber informiert worden, dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne einen Nachteil aus der Untersuchung ausscheiden kann. Alle erhobenen Daten werden anonymisiert und streng vertraulich nach geltenden Datenschutzrichtlinien behandelt.

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

Name, Vorname

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

Anschrift: Straße, PLZ, Ort, Datum

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

Unterschrift Proband

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

Unterschrift Versuchsleiter