



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG



HTH
HEILBRONN UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES



UNIVERSITÄT
HEIDELBERG
ZUKUNFT
SEIT 1386

Augenklinik Heidelberg | Im Neuenheimer Feld 400 | 69120 Heidelberg

Perimetrische Untersuchung des Gesichtsfeldes nach Goldman mittels VR

Einwilligungserklärung für Probandinnen und Probanden

.....
Name der Studienteilnehmerin / des Studienteilnehmers in Druckbuchstaben

geb. am

Ich bin in einem persönlichen Gespräch durch

.....
Name der Ärztin / des Arztes bzw. der aufklärenden Person

ausführlich und verständlich über Wesen, Bedeutung, Risiken und Tragweite der Studie aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text der Informationsschrift mit seinen beiden Teilen gelesen und verstanden. Ich hatte die Gelegenheit, mit der aufklärenden Person über die Durchführung der Studie zu sprechen und Fragen zu stellen. Alle meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden.

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.

Ergänzungen durch die aufklärende Person

Ich habe mich davon überzeugt, dass die Patientin / der Patient Fragen stellen konnte und die Aufklärung verständlich war. Folgende Themen oder Fragen wurden im Aufklärungsgespräch genauer besprochen:

Datenschutzrechtliche Einwilligung:

I.

Mir ist bekannt, dass bei dieser Studie personenbezogene Daten über mich erhoben, gespeichert und ausgewertet werden sollen. Die Verarbeitung der Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a der Datenschutz-Grundverordnung folgende Einwilligungserklärung voraus:

1. Ich willige ein, dass im Rahmen dieser Studie anonymisiert personenbezogene Daten über mich erhoben und in Papierform sowie auf elektronischen Datenträgern gemäß den Angaben in der Informationsschrift Teil II verarbeitet werden.

Mit der **Mitteilung von Zufallsbefunden** bin ich einverstanden:

- Ja
- Ja, sofern voraussichtlich die Möglichkeit der Verhinderung bzw. frühzeitigen Behandlung von Erkrankungen besteht
- Nein

Ich willige freiwillig ein, an der oben genannten Studie teilzunehmen.

Ein Exemplar der Informationsschrift und Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Ein Exemplar verbleibt im Studienzentrum.

Ort, Datum

Name, Vorname Teilnehmer/in (in Druckbuchstaben)

Unterschrift Teilnehmer/in

Aufklärende Person

Ich habe die teilnehmende Person aufgeklärt und die Einwilligung eingeholt.

Ort, Datum

Name, Vorname aufklärende Person (in Druckbuchstaben)

Unterschrift aufklärende Person