

## Einverständniserklärung

**Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an.**

### Verständnis

*Ja*

*Nein*

Ich habe das Informationsblatt vom 30.01.2023 zur Studie „EMS Interaktion“ gelesen und verstanden.

☐☐

Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu der Studie zu stellen, und sie wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

☐☐

Ich habe verstanden, dass meine Teilnahme freiwillig ist und ich jederzeit die Möglichkeit habe, das Experiment abubrechen ohne Gründe nennen zu müssen. Die vereinbarte Aufwandsentschädigung erfolgt dann anteilig, entsprechend der bereits investierten Zeit.

☐☐

### Teilnahme

*Ja*

*Nein*

Ich bin damit einverstanden, an der Studie teilzunehmen, und stimme zu, dass die im Informationsblatt genannten Daten aufgezeichnet werden. Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Daten in anonymisierter Form gespeichert und für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden sowie auch an andere Wissenschaftler weitergegeben und veröffentlicht werden können.

☐☐

Datum

Unterschrift Versuchsperson

### Widerrufung & Löschung Ihrer Daten

Sie haben für mindestens 30 Tage aber maximal bis zur Einreichung Ihrer Daten im Rahmen einer wissenschaftlichen Publikation das Recht Ihr Einverständnis zu widerrufen und Ihre Daten löschen zu lassen. Die Kontaktadresse hierfür finden Sie rechts oben auf diesem Blatt.

## Einverständniserklärung

**Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an.**

### Verständnis

*Ja*

*Nein*

Ich habe das Informationsblatt vom 30.01.2023 zur Studie „EMS Interaktion“ gelesen und verstanden.

☐☐

Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu der Studie zu stellen, und sie wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

☐☐

Ich habe verstanden, dass meine Teilnahme freiwillig ist und ich jederzeit die Möglichkeit habe, das Experiment abubrechen ohne Gründe nennen zu müssen. Die vereinbarte Aufwandsentschädigung erfolgt dann anteilig, entsprechend der bereits investierten Zeit.

☐☐

### Teilnahme

*Ja*

*Nein*

Ich bin damit einverstanden, an der Studie teilzunehmen, und stimme zu, dass die im Informationsblatt genannten Daten aufgezeichnet werden. Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Daten in anonymisierter Form gespeichert und für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden sowie auch an andere Wissenschaftler weitergegeben und veröffentlicht werden können.

☐☐

Datum

Unterschrift Versuchsperson

### Widerrufung & Löschung Ihrer Daten

Sie haben für mindestens 30 Tage aber maximal bis zur Einreichung Ihrer Daten im Rahmen einer wissenschaftlichen Publikation das Recht Ihr Einverständnis zu widerrufen und Ihre Daten löschen zu lassen. Die Kontaktadresse hierfür finden Sie rechts oben auf diesem Blatt. Geben Sie dabei das oben genannte Datum, den Studiennamen und Ihren Versuchspersonencode an. Ihr Versuchspersonencode lautet:

Participant's code [ ]