

Bitte Name der Fakultät und des Instituts/des Fachbereichs eintragen.

Bitte Name des Antragstellers/des Projektleiters eintragen.

***Ansprechpartner für eventuelle Rückfragen:***

Bitte Name des Ansprechpartners eintragen.

***Telefon:*** Bitte Telefonnummer des Ansprechpartners angeben.

**Einwilligungserklärung für Bild- und/bzw. Tonaufnahmen**

Titel der Studie: Bitte Titel der Studie angeben.

Ich (Name des Teilnehmers /der Teilnehmerin in Blockschrift)

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

bin Bitte wählen Sie die Form der Aufklärung aus. von Herrn/Frau \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ darüber informiert worden, dass im Rahmen der Studie Bitte wählen Sie die Art der Aufnahme aus. gemacht werden.

Die Aufnahmen dienen dazu, Bitte kurz beschreiben..

Auf den von mir gemachten Bitte wählen Sie die Art der Aufnahme aus. bin ich potentiell erkennbar.

Auswahl der Variante - **Hinweis**: Verwenden Sie entweder die Variante „Vollständige Anonymisierung“ oder die Variante „Keine vollständige Anonymisierung“ und löschen Sie den nicht verwendeten Teil aus dem Dokument.:

**[Variante „Vollständige Anonymisierung“]**

Die Bitte wählen Sie die Art der Aufnahme aus. werden bis Bitte das im Antrag begründete Datum angeben. vollständig anonymisiert. Dies geschieht wie folgt: Bitte Prozedur zur vollständigen Anonymisierung der Aufnahmen beschreiben, z. B. Verpixelung und/oder Verfälschen der Stimme. Hierzu bitte auf dieses Feld klicken und direkt einen Text eingeben.. Nach der vollständigen Anonymisierung ist es niemandem mehr möglich, mich in den Aufnahmen zu erkennen.

Bis zur vollständigen Anonymisierung besteht die sehr geringe Wahrscheinlichkeit, dass eine an der Datenauswertung beteiligte Person mich erkennt. Aus diesem Grund unterliegen alle an der Auswertung beteiligten Personen einer absoluten Schweigepflicht und dürfen unter keinen Umständen vertrauliche Informationen an Dritte weitergeben.

Die Aufzeichnung und Auswertung der Bitte wählen Sie die Art der Aufnahme aus. erfolgt Bitte wählen Sie die Art der Kodierung aus.. Da ich bis zur vollständigen Anonymisierung der von mir gemachten Aufnahmen potentiell erkannt werden kann, habe ich das Recht diese Aufnahmen jederzeit Löschen zu lassen, ohne das mit daraus Nachteile entstehen. Dazu Bitte wählen Sie ein Element aus..

Die nicht anonymisierten Bitte wählen Sie die Art der Aufnahme aus. werden Wählen Sie ein Element aus bzw. geben Sie sonstiges an. aufbewahrt und nach der Anonymisierung spätestens Im Antrag begründetes Datum der Löschung. Wählen Sie ein Element aus. gelöscht. Wenn die Daten vollständig anonymisiert sind, können die von mir erhobenen Aufnahmen nicht mehr gelöscht werden.

Ich bin einverstanden, dass die vollständig anonymisierten Aufnahmen zu Forschungszwecken weiterverwendet werden können. Bitte wählen Sie ein Element aus.. Zudem bin ich damit einverstanden, dass die vollständig anonymisierten Aufnahmen für Demonstrationen in der akademischen Lehre oder auf wissenschaftlichen Tagungen abgespielt werden.

oder

**[Variante „Keine vollständige Anonymisierung“]**

Bitte wählen Sie die Art der Aufnahme aus. können nur unter sehr großem Aufwand vollständig anonymisiert werden. Diese Anonymisierung kann im Rahmen dieser Studie nicht gewährleistet werden. Daher besteht die sehr geringe Wahrscheinlichkeit, dass eine an der Datenauswertung beteiligte Person mich in den von mir gemachten Aufnahmen erkennt. Aus diesem Grund unterliegen alle an der Auswertung beteiligten Personen einer absoluten Schweigepflicht und dürfen unter keinen Umständen vertrauliche Informationen an Dritte weitergeben.

Die Aufzeichnung und Auswertung der Bitte wählen Sie die Art der Aufnahme aus. erfolgt Bitte wählen Sie die Art der Kodierung aus..

Da ich in den von mir gemachten Aufnahmen potentiell erkannt werden kann, habe ich das Recht diese Aufnahmen jederzeit Löschen zu lassen, ohne das mit daraus Nachteile entstehen. Dazu Bitte wählen Sie ein Element aus..

Die Bitte wählen Sie die Art der Aufnahme aus. werden Wählen Sie ein Element aus bzw. geben Sie sonstiges an. aufbewahrt und nach der Auswertung der Daten spätestens Im Antrag begründetes Datum der Löschung. gelöscht.

Die Einverständniserklärung für die Bitte wählen Sie die Art der Aufnahme aus. ist freiwillig. Ich kann diese Erklärung jederzeit widerrufen. Im Falle einer Ablehnung oder eines Rücktritts entstehen für mich keinerlei Kosten oder anderweitige Nachteile; eine Teilnahme an der Studie ist Wählen Sie ein Element aus. möglich.

Ich hatte genügend Zeit für eine Entscheidung und erkläre mich hiermit bereit, dass eine Bitte wählen Sie die Art der Aufnahme aus.von mir gemacht wird.

Eine Ausfertigung dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum & Unterschrift des Teilnehmers: Name des Teilnehmers in Druckschrift:

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

Ort, Datum & Unterschrift des Ansprechpartners: Name des Ansprechpartners in Druckschrift:

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

Bei Fragen oder anderen Anliegen kann ich mich an folgende Personen wenden:

Ansprechpartner:  
Vorname und Nachname des Ansprechpartners.

Bitte geben Sie die Dienstanschrift des Ansprechpartners an.

Bitte geben Sie die dienstliche Telefonnummer des Ansprechpartners an.

Bitten geben Sie die E-Mail-Adresse des Ansprechpartners an.

Antragsteller/Projektleiter:  
Vorname und Nachname des Antragstellers/des Projektleiters.

Bitte geben Sie die Dienstanschrift des Antragstellers/des Projektleiters an.

Bitte geben Sie die dienstliche Telefonnummer des Antragstellers/des Projektleiters an.

Bitten geben Sie die E-Mail-Adresse des Antragstellers/des Projektleiters an.