

Einwilligungserklärung für Patienten

Ich erkläre mich bereit, an der wissenschaftlichen Studie

„GET Sleep – Stepped Care Modell für die Behandlung von Schlafstörungen“

teilzunehmen.

Im Rahmen der Registrierung wurde ich verständlich und ausführlich über die Zielsetzung, mögliche Belastungen und Risiken sowie über das Wesen, Bedeutung und Tragweite der wissenschaftlichen Studie und die sich für mich daraus ergebenden Anforderungen informiert und aufgeklärt. **Ich habe den Text der [Patienteninformation](#) ausführlich und gründlich gelesen und verstanden.** Auftretende Fragen wurden von dem teilnehmenden Hausarzt / der teilnehmenden Hausärztin oder einem / einer Projektmitarbeiter/in ausreichend und verständlich beantwortet. Ich hatte genügend Zeit mich zu entscheiden.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit meinen Hausarzt / meine Hausärztin oder die Mitarbeiter(innen) der Studie ansprechen bzw. telefonisch oder per E-Mail kontaktieren kann, um eventuelle Fragen oder sonstige Anliegen zu klären. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit ohne Angaben von Gründen und ohne jegliche Nachteile für mich aus der Studie ausscheiden kann.

Ich erkläre mich mit der zum Zweck der Untersuchung erfolgenden Verarbeitung der über meine Studienteilnahme erhobenen Daten - wie in der Patienteninformation näher beschrieben - einverstanden. **Ausführliche Informationen zur Verarbeitung meiner Daten gemäß Artikel 13 DGSVO finde ich in der [Datenschutzerklärung](#).**

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung ohne Angaben von Gründen und ohne Nachteile jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ich weiß, dass die Untersuchung wissenschaftlichen Zwecken dient, und bin einverstanden, dass die gewonnenen Daten für wissenschaftliche Veröffentlichungen und Forschung verwendet werden. Ich stimme der Speicherung/Lagerung und Nutzung der Daten gemäß den geltenden Datenschutzbedingungen zu. Auch diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Widerrufsformular

Hiermit widerrufe ich meine im Rahmen der Untersuchung „GET Sleep – Stepped Care Modell für die Behandlung von Schlafstörungen“ erteilte Einwilligung zur

Teilnahme an dieser Studie

Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten, welche im Rahmen der Studie erhoben wurden, und

gestatte die Verwendung meiner Daten für weitere Forschungsvorhaben in ausschließlich anonymisierter Form

verfüge die vollständige Löschung meiner Daten

verfüge die Löschung folgender Daten:

Name: _____

Anschrift: _____
