



Name: _____
Vorname: _____
Geb.datum: _____

Anschrift: Biedersteiner Straße 29
D-80802 München
Telefon: (089) 41 40-3176
E-Mail: alexander.zink@tum.de

DIGITAL I

Digitale Medien in der Dermatologie –

Nutzungsverhalten und Rolle im Rahmen der medizinischen Versorgung aus Sicht von
Patienten mit Psoriasis/Neurodermitis

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Ich bin in einem persönlichen Gespräch mit FABIAN WALLNÖFER (Name der aufklärenden Person) ausführlich und verständlich über die Studie sowie über Wesen, Bedeutung, Risiken und Tragweite der Studie aufgeklärt worden. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, mit der Person, die mich aufgeklärt hat, über die Studie zu sprechen und Fragen zu stellen. Alle meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Ein Exemplar der Patienteninformation habe ich gelesen und verstanden.

Ich erkläre mich bereit, freiwillig an dieser Studie teilzunehmen, behalte mir jedoch vor, diese Einwilligung jederzeit zurückziehen zu können.

.....

Ort, Datum Name des **Teilnehmers** in Druckbuchstaben Unterschrift des **Teilnehmers**

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung des Teilnehmers eingeholt.

20.08.2020 FABIAN WALLNÖFER Fabian Wallnöfer

Ort, Datum Name der aufklärenden Person Unterschrift der aufklärenden Person

Ich willige ein, dass die pseudonymisierten Abschriften für wissenschaftliche Untersuchungen im Rahmen dieser Studie verwendet werden können. Ich verzichte auf eine eventuelle wirtschaftliche Nutzung wissenschaftlicher Resultate.

Datenschutzrechtliche Einwilligung

Ich erteile die Erlaubnis, dass das Interview mit mir aufgezeichnet und anschließend transkribiert wird. Ich erkläre mich bereit, dass im Anschluss daran die Abschrift in eine pseudonymisierte Computerdatei aufgenommen wird. Außer den zur Verschwiegenheit verpflichteten Prüfarzten und Versuchsleitern wird niemand meine Personalien erfahren. Die Belange des Datenschutzes sind gewährleistet.