

CCNB\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

V\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Einverständniserklärung MR-Untersuchung -

Einverständniserklärung zur Magnetresonanz-Untersuchung

Fachbereich Erziehungswissenschaften und Psychologie

Freie Universität Berlin

Name, Vorname:..................................................................................................................................

Ich,……………………………………………………………..., wurde von einem\*r Mitarbeiter\*in über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Magnetresonanz-Untersuchung aufgeklärt. Ich habe den Aufklärungstext gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen, und habe die Antworten verstanden und akzeptiere sie. Ein\*e Mitarbeiter\*in hat mich über die mit der Teilnahme an der Untersuchung verbundenen Risiken und den möglichen Nutzen informiert.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an dieser Untersuchung zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme **freiwillig** ist. Ich weiß, dass ich jederzeit und ohne Angaben von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig auswirken wird.

**Ich erkläre hiermit:**

􀁸 meine freiwillige Teilnahme an der MR-Untersuchung in Rahmen der Studie

**Einwilligungserklärung zum Datenschutz:**

Ich wurde aufgeklärt, dass die erhobenen Daten unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen pseudonymisiert in Papier- und digitaler Form aufgezeichnet und gespeichert werden. Die Zuordnung von Daten zu meinem Namen und Kontaktdaten kann nur über die interne Datenbank des „Center for Cognitive Neuroscience Berlin“ (CCNB) hergestellt werden. Diese Datenbank ist nach aktuellen Standards gesichert und unterliegt einer strikten Zugangskontrolle. Die erhobenen Daten werden nach den derzeit gültigen Richtlinien für 10 Jahre im CCNB aufbewahrt und danach gelöscht. In anonymisierter Form werden die Daten unter Umständen von den jeweiligen Versuchsleiter\*innen danach weiterhin aufbewahrt. In dieser anonymisierten Form ist keine persönliche Zuordnung der Daten mehr möglich.

**Hiermit willige ich ein:**

􀁸 Dass die von mir erhobenen MRT- und persönlichen Daten vom CCNB im Rahmen wissenschaftlicher Forschung gespeichert werden dürfen.

􀁸 Mir ist bekannt, dass ich Auskunft über die gespeicherten Daten erhalten kann, und dass ich mein Einverständnis zur Speicherung der personenbezogenen Daten jederzeit widerrufen kann. Im Falle des Widerrufs werden alle gespeicherten personenbezogenen Daten gelöscht.

􀁸 Ich habe das Informationsblatt zur MR-Untersuchung mit ergänzenden datenschutzrechtlichen Hinweisen erhalten und zur Kenntnis genommen.

**Einwilligungserklärung zu Zufallsbefunden:**

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die im Rahmen der wissenschaftlichen Studie durchgeführten MR-Untersuchungen nicht den Kriterien einer umfassenden Diagnostik genügen. Wegen der geringen diagnostischen Spezifität der durchgeführten Untersuchungen können pathologische Befunde unentdeckt bleiben. Ich wurde darauf hingewiesen, dass im Rahmen wissenschaftlich begründeter MR-Untersuchungen selten auch unerwartete pathologische Beobachtungen („Zufallsfunde“) gemacht werden können. Zur medizinischen Abklärung solcher Zufallsbefunde ist ein Krankenversicherungsschutz notwendig.

**Hiermit willige ich ein:**

􀁸 Dass im Falle eines Zufallsbefundes meine pseudonymisierten MRT-Bilddaten unter Beachtung der Bestimmungen des Datenschutzes und ohne erneute Rücksprache mit mir zur Befundung an die neuroradiologische Abteilung der Charité (Campus Benjamin Franklin) gesendet werden und dass mir ein abklärungsbedürftiger Zufallsbefund mitgeteilt wird.

Ich besitze einen Krankenversicherungsschutz:

􀁸 ja 􀁸 nein

Auf Wunsch erhalte ich eine Kopie dieser Einwilligungserklärung.

Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an dieser Untersuchung.

Ort/Datum:…………………….…… Unterschrift (Testperson):………………..……………………

----------------------------------------- wird vom Personal ausgefüllt ------------------------------------------

Bemerkungen:......................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

Datum:..................................Unterschrift Projektleiter\*in.....................................................................