**Einwilligungserklärung**

## Persönliche Daten:

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

Name, Vorname

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

Straße

................................................................................ PLZ, Ort

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

Telefonnummer

Messung ist freiwillig und hat keine positiv oder negativ gearteten Konsequenzen auf das Lehrver- hältnis oder Ihre Leistungsbeurteilungen. Die Teil- nahme kann von Ihnen jederzeit auch ohne Angabe von Gründen widerrufen werden, ohne dass Ihnen irgendwelche Nachteile entstehen.

## Einschränkungen

Bei Vorliegen einer der folgenden Situationen muss im Einzelfall überprüft werden, ob sich dadurch in- dividuelle Risiken bei der Kernspinuntersuchung er- geben könnten. Beantworten Sie bitte deshalb alle nachfolgenden Fragen:

## ja nein

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

Geburtsdatum

........................... cm ....................................... kg

Körpergröße Gewicht

## Diagnostik

Die Untersuchung im Kernspintomographen dient nicht medizinisch-diagnostischen Zwecken sondern ausschließlich der Demonstration der Messmetho- de zu Lehrzwecken. Eine vollständige und umfas- sende Diagnostik von möglichen Erkrankungen des Gehirns und des Schädels ist auf Basis der ange- fertigten Aufnahmen deshalb nicht möglich.

Sollten wir Auffälligkeiten bemerken, werden wir die erhobenen Daten gegebenenfalls mit ärztlichen Kollegen anderer Abteilungen des Universitätsklini- kums besprechen. Bei abklärungsbedürftigen Auf- fälligkeiten werden wir Sie informieren und Ihnen nahelegen den Befund klären zu lassen. Bitte be- achten Sie, dass Informationen über solche Auffäl- ligkeiten sich nachteilig auswirken können, wenn Sie bspw. eine Lebens- oder Berufsunfähigkeits- versicherung abschließen möchten.

## Sind Sie mit diesem Vorgehen einverstanden?

ja  nein 

## Freiwilligkeit der Studienteilnahme

Sie wurden von einem Mitarbeiter ausführlich über die Risiken informiert, die im Rahmen einer MRT- Messung auftreten können und geben Ihr Einver- ständnis zur Teilnahme. Ihre Teilnahme an der

*Sind durch Operationen oder Unfälle in Ihrem*

*Körper Metallteile vorhanden (Metallprothesen, Herzklappen, Platten, Nägel, Drähte, Gefäßclips, Granatsplitter, etc.)?*

 

*Tragen Sie einen Herzschrittmacher, eine implan-*

*tierte Medikamentenpumpe oder sonstige Implan-*  

*tate (z.B. Hörgerät)?*

*Haben Sie jemals Schleifarbeiten oder ähnliches*

*an metallischen Werkstoffen durchgeführt?*  

*Sind Sie an Herz oder Kopf operiert worden?*  

*Leiden Sie unter Epilepsie?*  

*Tragen Sie eine künstliche Linse?*  

*Tragen Sie Piercings, die nicht entfernt werden*

*können?*  

*Tragen Sie permanente Tätowierungen oder Permanentmakeup?*

 

*Tragen Sie eine Zahnprothese oder Zahnspan-*

*ge?*  

*Tragen Sie Glittergel im Haar?*  

*Leiden Sie unter Platzangst?*  

*Für Frauen:*

*Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?*  

*Für Frauen:*

*Tragen Sie eine Spirale?*  

Originalbefunde Einsicht nehmen können, und er- kläre mich damit einverstanden.

**Datenschutz**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Messung erhobene Daten (z. B. Fragebögen oder Hirnbilder) verschlüsselt, d.h. in unpersönlicher Form (ohne Namens- oder Initialen- nennung) aufgezeichnet und dann in Computern gespeichert und pseudonymisiert ausgewertet werden.

Ich willige zudem ein, dass eine persönliche Identi- fikationsnummer gemeinsam mit Studiencode, Un- tersuchungsdatum und personenbezogenen Daten (Name, Geschlecht, Geburtsdatum und Sicher- heitsinformation) in der Probandendatei des Neu- roimaging Centers gespeichert wird. Der Zugriff auf diese elektronische Liste kann nur durch die Lei- tung und die Medizinisch-Technischen Assistenten des Neuroimaging Centers erfolgen.

Das zugehörige ausführliche Kapitel "Datenschutz" habe ich gelesen und stimme dem beschriebenen Vorgehen zu.

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

Ort, Datum, Unterschrift der Probandin/des Probanden

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

Ort, Datum, Unterschrift des Arztes/Mitarbeiters

**Kontakt Neuroimaging Center:**

## Sind alle Fragen durch die Aufklärung beant- wortet worden?

ja  nein 

Wenn Sie mit dem vorgeschlagenen Vorgehen ein- verstanden sind, bitten wir Sie dies durch Ihre Un- terschrift zu belegen. Sie bestätigen damit auch, dass Sie eine Kopie dieser Einverständniserklärung erhalten haben.

Herr / Frau ..............................................................

Name des aufklärenden Arztes/Mitarbeiters

hat mit mir heute ein ausführliches Aufklärungsge- spräch über Art, Umfang und Bedeutung dieser Messung geführt. Dabei wurden u. a. mögliche Nebenwirkungen der Teilnahme an der Messung besprochen. Ein Exemplar des Informationsblattes zu fMRT Messungen und der Einverständniserklä- rung habe ich erhalten, gelesen und verstanden. In diesem Zusammenhang bestehende Fragen wur- den besprochen und beantwortet. Ich hatte ausrei- chend Zeit, mich für oder gegen eine Teilnahme an dieser Messung zu entscheiden.

## Ich bin einverstanden, als Probandin / Proband an dieser Messung teilzunehmen.

Ich bin darüber unterrichtet worden, dass meine Teilnahme vollkommen freiwillig erfolgen muss und ich meine Einwilligung zur Teilnahme an dieser Messung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne persönlichen Nachteil widerrufen kann. Auch der durchführende Mitarbeiter kann aufgrund sei- ner Erfahrung die Messung jederzeit beenden.

Ich bin über die Behandlung der erhobenen Daten sowie über die Möglichkeit informiert worden, dass autorisierte Personen vonseiten der zuständigen Institutionen unter Wahrung der Vertraulichkeit in

# Regina Krug TU Dresden

Neuroimaging Center Chemnitzer Straße 46a 01187 Dresden

Telefon: 0351 - 463 42063

Fax: 0351 - 463 42438