Einwilligungserklärung (ACROSSOLAR 1)

Probandennummer: _____

Ich habe die Studieninformation gelesen und verstanden. Meine Daten werden nur ohne Personenbezug (pseudonymisert) und nur für wissenschaftliche Zwecke ausgewertet. Ich bin mit der Speicherung, Verarbeitung und Zusammenführung meiner Daten einverstanden. Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Teilnahme an dieser Studie freiwillig ist und die Teilnahme an der Vorläuferstudie mich nicht zur Teilnahme an dieser Studie verpflichtet. Die Einwilligung kann ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen unter den auf der rechten Seite angegebenen Kontaktdaten widerrufen.
Ich willige ein, an der Fragebogenaktion der SOLAR/ACROSSOLAR-Studie teilzunehmen. Ich bin mit der Erhebung und Verwendung persönlicher Daten nach Maßgabe der Studieninformation, insbesondere der Erklärungen zum Datenschutz, einverstanden.

Studienleitung
Prof. Dr. med. Christian Vogelberg (Dresden)
Prof. Dr. Katja Radon (München)

Ihr Ansprechpartner
Felix Forster

Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

Postfach 15 20 25
80051 München

Tel. +49 89 4400 52358
Fax +49 89 4400 54954
Email arb.solar@med.uni-muenchen.de

www.solar-studie.de

Datum **Unterschrift der/des Studienteilnehmerin/s**