

# Einverständniserklärung

Studie: „**Wahrnehmung und Verhalten in einer virtuellen Umgebung – Teil 4**“

Ich (Name des Teilnehmers /der Teilnehmerin in Blockschrift)

---

bin schriftlich über die Studie „**Wahrnehmung und Verhalten in einer virtuellen Umgebung – Teil 4**“ und den Versuchsablauf aufgeklärt worden. Sofern ich Fragen zu dieser vorgesehenen Studie hatte, wurden sie von Herrn/Frau \_\_\_\_\_ vollständig und zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Mit der beschriebenen Erhebung und Verarbeitung der Daten (Speichelanalysen, physiologischen Daten, Ton- und Videoaufnahmen und Fragebogendaten) bin ich einverstanden. Die Aufzeichnung und Auswertung der Daten erfolgt pseudonymisiert in der Abteilung für Biologische und Klinische Psychologie der Universität Trier, d.h. unter Verwendung eines persönlichen Zufallscodes. Das heißt, es ist niemandem möglich, meine Daten mit meinem Namen in Verbindung zu bringen. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zur Aufbewahrung bzw. Speicherung meiner Daten widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Ich bin darüber informiert worden, dass ich unter Nennung des o.g. Zufallscodes eine Löschung all meiner Daten verlangen kann. Ich bin einverstanden, dass meine anonymisierten Daten zu Forschungszwecken weiterverwendet werden können und mindestens 10 Jahre gespeichert bleiben.

Ich bin mit der geschilderten Verarbeitung meiner Daten einverstanden.

Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum & Unterschrift Teilnehmer:in

---

Name Teilnehmer:in in Druckschrift:

---

Ort, Datum & Unterschrift Versuchsleiter:in

---

Name Versuchsleiter:in in Druckschrift:

---

**Für Minderjährige ist der folgende Abschnitt von einer erziehungsberechtigten Person auszufüllen:**

Ich (Name der erziehungsberechtigten Person in Blockschrift)

---

bin schriftlich über die Studie „**Wahrnehmung und Verhalten in einer virtuellen Umgebung – Teil 4**“ und den Versuchsablauf aufgeklärt worden. Sofern ich Fragen zu dieser vorgesehenen Studie hatte, wurden sie von Herrn/Frau \_\_\_\_\_ vollständig und zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Ich bin mit der beschriebenen Erhebung und Verarbeitung der Daten (Speichelanalysen, physiologischen Daten, Ton- und Videoaufnahmen und Fragebogendaten) der von mir

betreuten minderjährigen Person \_\_\_\_\_ (Name des Teilnehmers / der Teilnehmerin in Blockschrift) einverstanden. Mir ist bewusst, dass die Daten unter Verwendung eines persönlichen Zufallscodes in der Abteilung für Biologische und Klinische Psychologie der Universität Trier gespeichert werden. Mir ist bekannt, dass ich meine Einverständnis zur Aufbewahrung bzw. Speicherung dieser Daten widerrufen kann, ohne dass daraus Nachteile für die von mir betreute minderjährige Person oder mich entstehen. Ich bin darüber informiert worden, dass ich unter Nennung des o.g. Zufallscodes eine Löschung aller anhängigen Daten verlangen kann. Ich bin einverstanden, dass die anonymisierten Daten zu Forschungszwecken weiterverwendet werden können und mindestens 10 Jahre gespeichert bleiben.

Ich bin mit der geschilderten Verarbeitung der Daten der von mir betreuten minderjährigen Person einverstanden.

Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum & Unterschrift Erziehungsperson

\_\_\_\_\_

Name Erziehungsperson in Druckschrift:

\_\_\_\_\_

Ort, Datum & Unterschrift Versuchsleiter:in

\_\_\_\_\_

Name Versuchsleiter:in in Druckschrift:

\_\_\_\_\_