

Arbeitsgruppe Neuronale Entwicklungsstörungen und Interaktion (NEVIA)
Klinikum der Universität München
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Nußbaumstraße 7
80336 München

Einverständniserklärung zur Kontaktaufnahme

Forschungsstudien zu neuronalen Entwicklungsstörungen und sozialer Interaktion dienen sowohl der Wissenserweiterung als auch der Verbesserung der Lebensbedingungen vieler Menschen. Mit Ihrer freiwilligen Studienteilnahme können Sie diese Ziele unterstützen. Wir möchten Sie hiermit um Ihr Einverständnis bitten, mit Ihnen unverbindlich Kontakt aufnehmen zu dürfen, um Ihnen Informationen über Studien zu senden und Sie in unsere Probandendatenbank aufzunehmen. Die Datenbank ist passwortgeschützt und nur für wissenschaftliche Mitarbeitende der Forschungsgruppe zugänglich.

Ihr Einverständnis ist unverbindlich, eine Teilnahme in keinem Fall verpflichtend. Sie können Ihr Einverständnis jederzeit widerrufen. Um das Formular einzureichen, geben Sie es bitte entweder persönlich bei uns ab oder senden Sie es uns über die angegebene Postanschrift oder über psy-nevia@med.uni-muenchen.de zu.

Hier finden Sie eine digitale Version des Formulars zur online Einreichung →



Kontaktieren Sie uns gerne bei Fragen:

psy-nevia@med.uni-muenchen.de

- Hiermit willige ich ein, dass ich durch das Forschungsteam NEVIA der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie kontaktiert werde.
- Ich habe das Dokument gelesen und habe verstanden, dass ich mich bei Fragen an die Forschungsgruppe wenden kann.
- Ich weiß, dass ich meine Einwilligung verweigern oder jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, ohne dass mir daraus irgendwelche Nachteile entstehen.
- Die Kontaktaufnahme erfolgt:

a. Telefonisch Ja Nein

Falls ja, bitte Telefonnummer angeben: _____

b. Per Post Ja Nein

Falls ja, bitte Postanschrift angeben: _____

c. Per E-Mail Ja Nein

Falls ja, bitte E-Mail angeben: _____

d. Sonstiges: _____

Freiwillig zu beantwortende Fragen:

Geburtsdatum: _____ Bundesland: _____

Geschlecht: _____ Haben Sie eine Diagnose? _____

Datum

Name Interessent*in in Druckschrift

Unterschrift Interessent*in