

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

Einverständniserklärung zur Kontaktaufnahme

Unsere Forschungsgruppe führt Studien zu sozialer Interaktion und psychischer Gesundheit durch, um die Lebensbedingungen vieler Menschen besser zu verstehen und verbessern zu können. Sie können uns dabei unterstützen! Wir möchten Sie hiermit um Ihr Einverständnis bitten, Ihnen unverbindlich 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, vom Forschungsteam NEVIA der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie kontaktiert zu werden.
- 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:
 - Telefonisch: ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, bitte Telefonnummer angeben: _____

- Per Post: ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, bitte Postanschrift angeben: _____

- Per E-Mail: ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, bitte E-Mail angeben: _____

Falls Sie gesetzliche/r Vertreter*in sind oder die gesetzliche Vormundschaft bzw. die Personensorge für eine minderjährige oder andere Person innehaben, geben Sie bitte nachfolgend Ihren Vor- und Nachnamen an:

Freiwillig zu beantwortende Angaben (über Sie oder die Person, die Sie vertreten):

Geburtsdatum: _____ Bundesland: _____

Geschlecht: _____ Haben Sie eine Diagnose? _____

Datum

Vor- und Nachname Interessent*in in Druckschrift

Unterschrift Interessent*in