

Einwilligungserklärung

BCI-Studie (Studien mit menschlichen Probanden im Drittmittelprojekt M³S)

Name der Probanden: Frau / Herr
Geburtsdatum
(Volljährig Ja Nein)

Vom Probanden auszufüllen

Bitte Ankreuzen

- | | Ja | Nein |
|--|-------------------------------------|--------------------------|
| Haben Sie das Informationsblatt v2.5 gelesen und verstanden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie an Epilepsie oder wurden bei Ihnen ähnliche Erkrankungen diagnostiziert? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie jemals eine allergische Reaktion auf das Elektrodengel oder eine andere Kontaktallergie? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen und die Studie vorab zu diskutieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie zufriedenstellende Antworten zu all Ihren Fragen erhalten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie zur Kenntnis genommen, dass Sie diese Studie jederzeit und ohne Angabe von Gründen abbrechen können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Mit wem haben Sie gesprochen?

- Prof. Dr. Volosyak Herr Gemblar Herr Stawicki Herr Saboor
 Herr Benda Frau Rezeika

- Sind Sie damit einverstanden, dass Fotografien und/oder Videos von Ihnen gemacht werden, welche in Publikationen oder im Internet veröffentlicht werden können? Ja Nein
- Sind Sie damit einverstanden, trotz eventueller Risiken an dieser Studie teilzunehmen? Ja Nein

Ich bin mit der Durchführung der Studie einverstanden. Ich habe genügend Informationen erhalten und nehme freiwillig an dieser Studie teil.

Unterschrift Proband..... Datum:

Auftretende Fragen wurden verständlich und ausführlich beantwortet. Eine Kopie der Einwilligungserklärung wurde dem Probanden ausgehändigt.

Unterschrift Experimentator..... Datum:

Name in Druckbuchstaben.....