|  |
| --- |
| HBM4EU VORLAGE ZUR AUFGABE 7.5 |
| **RÜCKTRITTSFORMULAR** |
| für Allgemeinbevölkerungsstudien |

***WICHTIGE INFORMATION - BITTE VOR NUTZUNG LESEN:***

*Es handelt sich bei diesem Dokument um eine einfache Übersetzung des englischen Originals, die weitere Anpassungen im Text und eine Überprüfung der Lesbarkeit im Deutschen benötigt!*

***ANWEISUNGEN ZUR VERWENDUNG DIESER VORLAGE***

*Diese ist eine Vorlage zur Belegung des Wunsches eines Teilnehmers / einer Teilnehmerin von einer HMB4EU Studie auszusteigen. Vor Verwendung dieser Vorlage, passen sie den rotfarbigen Text an, formatieren Sie ihn gemäß den Erfordernissen Ihrer Studie und löschen Sie alle Anweisungen (in blauer Kursivschrift) aus.*

***Verschlüsselung der Vorlagen der Aufgabe 7.5***

*Den für Aufgabe 7.5 erstellten Vorlagen wurde ein Akronym zugewiesen, das in der Fußnote dargestellt wird und den Typ, die Version und das Jahr der letzten Revision gemäß der folgenden Legende bezeichnet:*

*TYP: RF = Rücktrittsformular*

*VERSION: Vxx = Version Nr.*

*DATUM DER LETZTEN REVISION: TT-MM-JJ*

**HBM4EU Studie [Name der Studie und Code *angeben*]**

**Rücktrittformular für Teilnehmer(innen)**

Sehr geehrter Teilnehmer / Sehr geehrte Teilnehmerin,

Sie können jederzeit von der HBM4EU Studie ohne Angabe von Gründen aussteigen, indem Sie dieses Formular ausfüllen und unterzeichnen. **[*Wenn anwendbar (für Studien, an denen sich Kinder / Jugendliche beteiligen):* Dies schließt die Möglichkeit ein, Daten und Proben zurückzuziehen, die in der Vergangenheit von einem Minderjährigen mit Einwilligung eines Elternteils / eines Vormundes abgenommen wurden, wenn in der Zwischenzeit das Minderjährige aufgewachsen ist und nun berechtigt ist, seine eigene Zustimmung / Einwand auszudrücken.]**Das Formular kann von Ihnen ausgefüllt werden oder von einer Person, die berechtigt ist, in Ihrem Namen zu agieren. Die unterzeichnete Einwilligungserklärung und das Rücktrittsformular werden von **[Name der Organisation *angeben*]** als Dokumentation Ihrer Wünsche aufbewahrt. Ihre Rücktrittsmöglichkeiten werden dargestellt. Bitte deuten Sie auf Ihren Vorzug hin, indem Sie das zutreffende Kästchen markieren und Ihre Initialen angeben.

|  |  |
| --- | --- |
| Ich möchte von der HBM4EU Studie aussteigen und ich möchte: | Initialen |
| □ KEINEN WEITEREN KONTAKT, ABER MEINE VERSCHLÜSSELTEN1 PROBEN UND DATEN KÖNNEN VERWENDET WERDEN  Ich möchte nicht mehr kontaktiert werden, aber räume **[Name *der Studie durchführenden HBM4EU Partnerorganisation angeben*]** das Recht ein, meine Daten und Proben zu speichern und zu verwenden. |  |
| □ KEINEN WEITEREN KONTAKT UND MEINE PROBEN UND DATEN KÖNNEN NICHT VERWENDET WERDEN  Ich möchte nicht mehr von **[Organisationsname *angeben*]** kontaktiert werden und die von mir schon genommenen Daten und Proben dürfen nicht für weitere Analysen verwendet werden. Meine Proben werden vernichten, allerdings mir ist bewusst, dass es vielleicht nicht möglich wird alle verteilten Probenreste zu finden. Mir ist bewusst, dass es nicht möglich ist, alle von mir genommenen verschlüsselten Daten aus vervollständigten Analysen zu entfernen.  **[Organisationsname *angeben*]** wird meine Daten nur für Zwecke der Überprüfung aufbewahren. |  |
| -Der Begriff „verschlüsselt“ heißt, dass mein Name durch einen Code ersetzt wurde, um meine persönlichen Daten zu schützen. | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Seitens des/der aus der HBM4EU Studie aussteigenden Teilnehmers/Teilnehmerin: | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ort, Datum | Name des Teilnehmers / der Teilnehmerin | Unterschrift des Teilnehmers / der Teilnehmerin oder  Name und Unterschrift des / der ernannten Vertreters / Vertreterin |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Seitens der **[Name *der die Studie durchführenden HBM4EU Partnerorganisation angeben*]**: | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ort, Datum | Name des HBM4EU Personals | Unterschrift des HBM4EU Personals |

Nur für internen Gebrauch:

|  |  |
| --- | --- |
| Teilnehmer(in)-Code |  |