**EINWILLINGUNGSERKLÄRUNG DES ARBEITNEHMERS / DER ARBEITNEHMERIN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Angaben zur Studie** | |
| Titel | HBM4EU: Biomonitoring-Studie zu Chrom und anderen schädlichen Chemikalien im Berufsleben |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Angaben zum Teilnehmer / zur Teilnehmerin** | | | |
| Name |  | Telefon |  |
| Unternehmen |  | E-Mail |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Teilnehmer-Code | |  | Initialen |
| 1 | Ich habe das Merkblatt „Informationen für Teilnehmer(innen)“ gelesen. Ich hatte Gelegenheit, mir alles zu überlegen und uneingeschränkt Fragen zu stellen, auf die ich zufriedenstellende Antworten erhalten habe. | |  |
| 2 | Mir ist bewusst, dass die Teilnahme freiwillig ist und dass ich mich jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Auswirkungen auf meine medizinische Versorgung oder meine gesetzlichen Ansprüche aus der Studie zurückziehen kann. Das Forschungsteam hat allerdings das Recht, sämtliche vor meinem Ausstieg aus der Studie genommenen Proben zu verwenden, sofern sie vertraulich behandelt werden. | |  |
| 3 | [Der/Die/Das] [*Organisation angeben*] kann mich nach meiner Einwilligung zur Teilnahme an dieser Studie während der Arbeitszeit kontaktieren, um die von mir genommenen Proben ab- oder meine personenbezogenen Daten einzuholen. | |  |
| 4 | Ich räume [dem/der] [*Organisation angeben*] das Recht ein, die von mir genommene(n) Probe(n) und/oder meine personenbezogenen Daten – zum Schutz meiner Identität in verschlüsselter Form – an Speziallabore zu übergeben, damit die im Merkblatt „Informationen für Teilnehmer(innen)“ genannten Chemikalien und Markierungsstoffe analysiert werden können. | |  |
| 5 | Ich räume [dem/der] [*Organisation angeben*] das Recht ein, die von mir genommene(n) Probe(n) und meine personenbezogenen Daten für eine künftige Verwendung in ethisch vertretbaren Biomonitoring-Studien [*Zahl der Jahre*] Jahre lang in einer Biobank aufzubewahren.  Mir ist bewusst, dass [der/die/das] [*Organisation angeben*] mich in Zukunft wegen der Verwendung meiner aufbewahrte(n) Probe(n) und personenbezogenen Daten eventuell kontaktieren wird. Meine Kontaktangaben dürfen ausschließlich zu diesem Zweck gespeichert, aber nicht an Dritte weitergegeben werden. | |  |
| 6 | Ich bin mit der Verwendung von Fotoapparaten durch [den/die] [*Organisation angeben*], wie unten angegeben, einverstanden bzw. nicht einverstanden:  □ Ich **möchte nicht** während des Besuchs des Forschungsteams fotografiert werden.  □ Ich bin damit einverstanden, fotografiert zu werden, sofern die Fotos in allen veröffentlichten Berichten unkenntlich gemacht werden, um meine Identität zu schützen. | |  |
| 7 | Mir ist bewusst, dass mit der Teilnahme an dieser Studie keine finanziellen Vorteile verbunden sind. | |  |
| 8 | Mir ist bewusst, dass ich über die Chromwerte in meinem Urin informiert werde. Dieser Wert wird mir von [*länderspezifische Angabe]* übermittelt.  Außerdem erhalte ich nach Abschluss der gesamten Studie eine Zusammenfassung der kollektiven Endergebnisse der Studie. Bitte senden Sie diese per E-Mail / per Post an folgende Adresse:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ................................................. | ................................. | .................................................. |
| Name des Teilnehmers / der Teilnehmerin | Datum | Unterschrift des Teilnehmers / der Teilnehmerin |

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Erklärung des Forschers / der Forscherin bzw. der die Einwilligungserklärung entgegennehmenden Person**

Hiermit bestätige ich, dass der Teilnehmer / die Teilnehmerin Gelegenheit hatte, Fragen zu der Studie zu stellen, und dass ich alle vom Teilnehmer / von der Teilnehmerin gestellten Fragen nach bestem Wissen und Gewissen korrekt beantwortet habe. Ich bestätige, dass die Person nicht zur Einwilligung gezwungen wurde und dass die Einwilligung freiwillig erfolgte.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ....................................................... | ..................................... | ................................................... |
| Name des Forschers / der Forscherin bzw.  der die Erklärung entgegennehmenden Person | Datum | Unterschrift des Forschers / der Forscherin bzw.  der die Erklärung entgegennehmenden Person |