



**Ansprechpersonen:**

Frau Gabrielle Sieber, Pflegefachperson und Pflegewissenschaftlerin  
Telefon: 0911 / 3000-521

Herr Christian Kolb, Pflegefachperson, Diplompflegewirt  
Telefon: 0911 / 3000-521

*Verantwortliche Leiterin der Studie:*

Frau Prof. Dr. Dorothee Volkert, Diplom-Ernährungswissenschaftlerin  
Telefon: 0911 / 3000-517

*Sekretariat und Anschrift:*

Institut für Biomedizin des Alterns  
Universität Erlangen-Nürnberg  
Heimerichstraße 58  
90419 Nürnberg  
Telefon: 0911 / 3000 - 510  
Fax: 0911 / 3000 - 525

## **Ernährungssituation bei Demenz im häuslichen Umfeld**

### **Einwilligungserklärung**

#### **zur wissenschaftlichen Verwendung von personenbezogenen Daten**

Liebe Studienteilnehmerin, Lieber Studienteilnehmer,

hiermit bitten wir Sie um Ihr Einverständnis zur wissenschaftlichen Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten, wie es Ihnen in der Teilnehmerinformation näher erläutert worden ist.

#### **A. Allgemeines**

Ich bin durch einen Studienmitarbeiter verständlich über Zweck, Ablauf und die Bedeutung der Studie sowie über die Vorteile und Risiken, die damit verbunden sein können, mündlich aufgeklärt worden.

Die schriftliche Teilnehmerinformation sowie die hier nachfolgend abgedruckte Datenschutzerklärung habe ich gelesen und verstanden. Alle meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden.

Ich hatte genügend Zeit, um meine Entscheidung zur Studienteilnahme zu überdenken und frei zu treffen.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung zur Teilnahme an der Studie zurückziehen kann (mündlich oder schriftlich), ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Meine folgende Einwilligungserklärung reicht nur so weit, wie mir dies im Rahmen der schriftlichen Teilnehmerinformation bzw. in der mündlichen Erläuterung näher dargelegt wurde; sie berechtigt und verpflichtet das Institut für Biomedizin des Alterns.

## **B. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung**

### **Zutreffendes bitte ankreuzen**

Ich bin mit der beschriebenen Vorgehensweise einverstanden und stimme zu, dass Daten, die meine Person (hierzu gehören insbesondere auch Krankheitsdaten) betreffen unter der Verantwortung des Instituts für Biomedizin des Alterns in verschlüsselter Form

- ☐ für diese Studie (Ernährungssituation bei Demenz im häuslichen Umfeld) gespeichert und verarbeitet werden,
- oder*
- ☐ für Studien mit allen wissenschaftlich in Betracht kommenden Fragestellungen gespeichert und verarbeitet werden.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass die einleitend genannten Ansprechpersonen Einblick in meine Pflegedokumentation nehmen.

### **Weitergabe der Daten / Einblick durch Dritte**

Ich bin mir bewusst, dass zuständige Kontrollbehörden im Rahmen ihrer gesetzlichen Befugnisse ggf. Einblick in sämtliche Unterlagen nehmen können.

### **Widerruf der Zustimmung zur Datenverwendung**

Ich weiß, dass ich meine Zustimmung zur Verwendung meiner Daten jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Im Falle eines Widerrufs meiner Einwilligung, an der Studie teilzunehmen, bin ich damit einverstanden, dass meine Daten zu Kontrollzwecken weiterhin gespeichert und verwendet werden dürfen.

Ich habe jedoch das Recht, deren Löschung zu verlangen, sofern gesetzliche Bestimmungen der Löschung nicht entgegenstehen. Allerdings bin ich mir bewusst, dass im Falle einer anonymisierten Speicherung meiner Daten eine Löschung nicht möglich ist.

## Ernährungssituation bei Demenz im häuslichen Umfeld

---

**Einwilligungserklärung  
zur wissenschaftlichen Verwendung von personenbezogenen Daten  
für die demenzkranke Person**

Ein Exemplar der Teilnehmerinformation und -Einwilligung habe ich erhalten.  
Ein Exemplar verbleibt im Forschungszentrum.

---

Name des Studienteilnehmers / der Studienteilnehmerin  
(in Druckbuchstaben)

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Studienteilnehmer(in)

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Bevollmächtigte(r) /  
Betreuer(in)

Teilnehmer-Nummer: .....

**Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung  
des Studienteilnehmers / der Studienteilnehmerin resp. des  
Betreuers / der Betreuerin eingeholt.**

---

Name des Forschers / der Forscherin in Druckbuchstaben

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Forscher(in)