



UNIVERSITÄTS KLINIKUM HEIDELBERG

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie | Blumenstraße 8 | 69115 Heidelberg

| | |
|---------------------|--|
| Klasse | |
| Schulcode: | |
| Klassencode: | |
| Access-Code: | |

(wird durch die Forschungsmitarbeiter ausgefüllt)

Einverständniserklärung Eltern/Erziehungsberechtigte von Schülern zur Teilnahme an der Studie

ProHEAD – Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen fördern

„Promoting Help-seeking using E-Technology for Adolescents (ProHEAD): Förderung des
Hilfesuchverhaltens von Kindern und Jugendlichen durch den Einsatz neuer Medien“

Name, Vorname des Jugendlichen

Alter:

Geschlecht:

weiblich

männlich

E-Mail Adresse des
Jugendlichen:

Name des Eltern(teils) /der Erziehungsberechtigten

Ich bin über Ziel und den Ablauf der Studie sowie über die Risiken ausführlich und verständlich aufgeklärt worden. Alle meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich stimme der Teilnahme meines Kindes an der Studie freiwillig zu. Für meine Entscheidung hatte ich ausreichend Zeit. Ein Exemplar der Informationsschrift und der Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Datenschutz

Mir ist bekannt, dass bei dieser Studie personenbezogene Daten meines Kindes verarbeitet werden sollen. Die Verarbeitung der Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a der Datenschutz-Grundverordnung folgende Einverständniserklärung voraus:

Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme freiwillig zu, dass die in der Studie erhobenen Daten meines Kindes, insbesondere Angaben über seine Gesundheit, zu den in der Informationsschrift beschriebenen Zwecken in pseudonymisierter¹ Form aufgezeichnet, ausgewertet und auch in pseudonymisierter Form an folgende Universitäten und Kliniken weitergegeben werden: Universität Leipzig, Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim,

¹ „Pseudonymisierung“ ist die Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, dass die personenbezogenen Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen („Schlüssel“) nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können. Diese zusätzlichen Informationen werden dabei gesondert aufbewahrt und unterliegen technischen und organisatorischen Maßnahmen, die gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten nicht einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person zugewiesen werden. Enthalten E-Mail-Adresse oder gewählter Benutzername den Klarnamen, so ist keine vollständige Pse

Bitte Rückseite beachten! →

Zentrum für Psychoziale Medizin

Klinik für Allgemeine Psychiatrie
Prof. Dr. med. Sabine Herpertz

Klinik für Allgemeine Innere Medizin
und Psychosomatik
Prof. Dr. med.

Hans-Christoph Friederich

Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie

Prof. Dr. med. univ. Franz Resch

Institut für Medizinische
Psychologie

Prof. Dr. phil. Beate Ditzen

Institut für Psychoziale Prävention

Prof. Dr. phil. Svenja Taubner

ProHEAD Team Heidelberg

Thibautstraße 6

69115 Heidelberg

Tel.: 06221 56-36559

E-Mail: heidelberg@prohead.de



Philipps-Universität Marburg, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Philipps-Universität Marburg, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und Universitätsklinikum Köln (zur Unterstützung eines BMBF-geförderten Querschnittsprojektes). Dritte erhalten keinen Einblick in personenbezogene Unterlagen. Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen der Studie wird der Name meines Kindes ebenfalls nicht genannt. Die während der Studie erhobenen Daten meines Kindes werden bis zum Abschluss der Datenauswertung, mindestens jedoch 10 Jahre aufbewahrt. Die Daten werden ausschließlich zu Zwecken dieser Studie verwendet. Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung jederzeit schriftlich oder mündlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden kann, ohne dass meinem Kind oder mir dadurch Nachteile entstehen. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird davon nicht berührt. In diesem Fall kann ich entscheiden, ob die von meinem Kind erhobenen Daten gelöscht werden sollen oder weiterhin für die Zwecke der Studie verwendet werden dürfen.



Ort, Datum



Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten