

**Medizinische Hochschule Brandenburg  
Theodor Fontane**

**PD Dr. Sebastian Spethmann  
Dunja Bruch, M.Sc.  
Studienleitung**

**Studienkoordination:  
Dunja Bruch**  
Tel.: +49 3338 69 4543  
E-Mail: dipah@mhb-fontane.de

## **DiPaH - Digitale Präventionsmaßnahmen bei arterieller Hypertonie**

### **Einwilligungserklärung für Interviewteilnehmende**

Ich habe die Studieninformation für Interviewteilnehmende gelesen, verstanden und erkläre mich freiwillig bereit, an einem qualitativen Interview im Rahmen der oben genannten Studie teilzunehmen

---

**Nachname, Vorname in Druckbuchstaben**

Ich bin in einem persönlichen oder telefonischen Gespräch durch:

---

**(Name des/der wissenschaftlichen Mitarbeitenden)**

ausführlich und verständlich über den Zweck, den Ablauf, die Bedeutung der Studie sowie die Vorteile und Risiken, die damit verbunden sein können aufgeklärt worden.

Ich habe darüber hinaus den Text der Studieninformation sowie der hier nachfolgend abgedruckten Datenschutzerklärung gelesen und verstanden.

Ich hatte die Gelegenheit, mit dem/der wissenschaftlichen Mitarbeitenden über die Durchführung der Studie zu sprechen.

Alle meine Fragen wurden verständlich und voll umfänglich beantwortet.

Ich habe das Recht, jederzeit mündlich oder schriftlich und ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung zur Teilnahme an der Studie zurückzuziehen, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

## Erklärung zum Datenschutz

Mir ist bekannt, dass bei dieser Studie personenbezogene Daten über mich erhoben, gespeichert und ausgewertet werden sollen. Die Verwendung der Angaben erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor der Teilnahme an der Studie folgende freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus, das heißt ohne die nachfolgende Einwilligung kann ich nicht an der Studie teilnehmen.

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie personenbezogene Daten über mich erhoben und in Papierform sowie auf elektronischen Datenträgern aufgezeichnet, auf Computern der MHB gespeichert und transkribiert und in wissenschaftlichen Fachzeitschriften veröffentlicht werden, jeweils in pseudonymisierter Form (verschlüsselt). Es werden keine Daten veröffentlicht, durch die ich als Person identifizierbar bin.
2. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich meine gespeicherten Daten anfordern, bestimmte personenbezogene Daten korrigieren bzw. die Verarbeitung der Daten beschränken kann und ich jederzeit die Teilnahme an der Studie beenden kann. Beim Widerruf meiner Einwilligung, an der Studie teilzunehmen, habe ich das Recht, die Löschung aller meiner bis dahin gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen. Falls ich die Rechte bezüglich meiner Daten wahrnehmen möchte, informiere ich die Studienleitung oder die in der Studieninformation genannten Kontaktpersonen.
3. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich mich, falls ich Bedenken hinsichtlich des Umgangs mit meinen personenbezogenen Daten habe, an einen Datenschutzbeauftragten wenden kann (siehe Kontaktdaten in der Studieninformation).
4. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten nach Beendigung der Studie bis zu zehn Jahre aufbewahrt werden. Danach werden meine personenbezogenen Daten gelöscht, soweit dem nicht gesetzliche, satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen. Eine frühere Löschung kann ich jederzeit veranlassen.

*Bitte kreuzen Sie eine Option an:*

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich von der MHB erneut kontaktiert werden darf, um gegebenenfalls zusätzliche für wissenschaftliche Fragen relevante Informationen zur Verfügung zu stellen.
- Ich lehne ab, von der MHB erneut kontaktiert zu werden.

Datum, Unterschrift des/r Interviewteilnehmenden:

---

Datum, Unterschrift des/der wissenschaftlichen Mitarbeitenden:

---

*Der/die Studienteilnehmende erhält die Studieninformation inkl. einer Kopie der Einwilligungserklärung*