



An alle Studieninteressierten

Telefon 0761 203-6853  
Telefax 0761 203-6858  
Email rechtsmedizin@  
uniklinik-freiburg.de

„Laborchemischer Nachweis bei Verdacht auf Beibringung von "K.O.-Mitteln“



---

## Einverständniserklärung des/der Probanden/Probandin zur Studienteilnahme

---

Name des/der Probanden/Probandin:

\_\_\_\_\_

Name + Institution aufklärende Person:

\_\_\_\_\_

Unterschrift aufklärende Person:

\_\_\_\_\_

### Einverständniserklärung

Ich willige ein, an der wissenschaftlichen Studie „**Laborchemischer Nachweis bei Verdacht auf Beibringung von "K.O.-Mitteln"**“ teilzunehmen. Ich habe darüber hinaus den Text der Aufklärung gelesen und verstanden. Ich habe das Recht, jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung zur Teilnahme an der Studie zurückzuziehen, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Hiermit erkläre ich, dass ich mit der Abgabe einer Urinprobe und mit den in der Probandeninformation genannten Untersuchungen und Maßnahmen einverstanden bin.

### Einwilligungserklärung

Mir ist bekannt, dass bei dieser wissenschaftlichen Studie personenbezogene Daten erhoben,

gespeichert, ausgewertet und in anonymisierter Weise publiziert werden. Die Verwendung der im Rahmen dieser wissenschaftlichen Studie erhobenen Daten und Angaben erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor der Teilnahme an der Studie folgende freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus, d.h. ohne die nachfolgende Einwilligung kann ich nicht an der Studie teilnehmen.

Einwilligungserklärung zum Datenschutz:

- 1) Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Urinproben im Rahmen des oben dargestellten Forschungsprojekts gemäß den im Projekt beschriebenen Fragestellungen am Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Freiburg analysiert und ausgewertet werden.
- 2) Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Analysenergebnisse der Urinproben und die Daten in Papierform sowie auf elektronischen Datenträgern am Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Freiburg aufgezeichnet und pseudonymisiert gespeichert werden.
- 3) Ich erkläre mich damit einverstanden, dass gemäß den Empfehlungen „Guter wissenschaftlicher Praxis“ der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) meine Daten nach Beendigung oder Abbruch der Studie mindestens zehn Jahre aufbewahrt werden. Danach werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit nicht gesetzliche, satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen.
- 4) Ich bin über meine in der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) festgelegten Rechte informiert worden.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Probandin/Probanden

Eine Ergebnismitteilung ist erwünscht:

ja

nein

Ergebnismitteilung über folgenden Kontakt:

\_\_\_\_\_

Adresse der Probandin/des Probanden:

\_\_\_\_\_

*Version 2, 15.03.2024*