
Name, Vorname des/der Teilnehmers/-in

Identifikationsnummer des/der Teilnehmers/-in
(wird von Interviewer/in ausgefüllt)

Deutschland auf den Zahn gefühlt (Sechste Deutsche Mundgesundheitsstudie, DMS • 6)

- Einwilligungserklärung -

Ich wurde über Inhalt und Ziele der Studie „Deutschland auf den Zahn gefühlt (DMS • 6)“ informiert und bin damit einverstanden, dass ich (*bzw. falls zutreffend mein Kind / die von mir betreute Person*) an der Studie teilnehme, wie sie im vorliegenden Informationsblatt und dem Datenschutzblatt beschrieben ist. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an dieser Studie freiwillig ist und ich weiß, dass ich die Einwilligung zur Teilnahme an dieser Studie jederzeit ohne nachteilige Folgen für mich (*bzw. falls zutreffend für mein Kind / die von mir betreute Person*) widerrufen kann, wobei die bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitung rechtmäßig bleibt.

Ich bin damit einverstanden, dass ich (*bzw. falls zutreffend mein Kind / die von mir betreute Person*) an der Erhebung von Studiendaten für die Gesundheitsforschung mitwirke. Diese Erhebung umfasst eine schriftliche Befragung mit einem Fragebogen, eine mündliche Befragung durch eine/n Interviewer/in sowie eine zahnärztliche Untersuchung durch eine Zahnärztin / einen Zahnarzt. Dazu führt die Studienzahnärztin / der Studienzahnarzt der DMS • 6 eine zahnmedizinische Untersuchung durch, die vom Umfang her einer ausführlichen Kontrolluntersuchung entspricht. Ergänzend wird das Vorgehen beim Zähneputzen und bei der Mundpflege in manchen Altersgruppen auf Video aufgezeichnet. Ich stimme diesem Befragungs- und Untersuchungsprogramm zu.

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass es bei der zahnärztlichen Untersuchung zu leichtem Zahnfleischbluten kommen kann, falls das Zahnfleisch entzündet sein sollte. Das Ausmaß der Blutung entspricht demjenigen, das im Normalfall auch beim Zähneputzen auftreten kann.

Bitte kreuzen Sie auf der Rückseite die Vereinbarungen an und unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung. Weitere Informationen können Sie dem „Datenschutzblatt zur Vertraulichkeit der Angaben“ entnehmen.

<p>An Studie teilnehmen:</p> <p>Ich willige ein sowohl in die Teilnahme (<i>bzw. falls zutreffend in die Teilnahme meines Kindes / der von mir betreuten Person</i>) an der DMS • 6 als auch in die damit zusammenhängende Verarbeitung meiner Kontaktdaten und erhobenen Studiendaten (<i>bzw. falls zutreffend die meines Kindes / der von mir betreuten Person</i>).</p>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<p>Zusätzliche Möglichkeit (<i>bei 12-Jährigen, 20-Jährigen, 35- bis 44-Jährigen und zum Teil auch bei 65- bis 74-Jährigen</i>) – Videoaufnahme vom Zähneputzen und der Mundpflege:</p> <p>Ich willige ein in die Videoaufzeichnung des Zähneputzens und der Mundpflege im Rahmen des Untersuchungsprogramms der DMS • 6 (<i>bzw. falls zutreffend in die Aufzeichnung meines Kindes / der von mir betreuten Person</i>) als auch in die damit zusammenhängende Verarbeitung meiner erhobenen Studiendaten (<i>bzw. falls zutreffend in die Datenverarbeitung für mein Kind / die von mir betreute Person</i>).</p>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<p>Zusätzliche Möglichkeit – Kontaktaufnahme wegen Nachfolgestudie:</p> <p>Ich (<i>bzw. falls zutreffend mein Kind / die von mir betreute Person</i>) bin grundsätzlich an der Teilnahme an einer Fortsetzung dieser Studie (DMS • 7, im Jahr 2030) interessiert und stimme hierfür einer weiteren regelmäßigen Kontaktaufnahme zu. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass dazu meine Kontakt- und Studiendaten (<i>bzw. falls zutreffend die Daten meines Kindes / der von mir betreuten Person</i>) aus der DMS • 6 bis zum Abschluss der DMS • 7 gespeichert werden. Die Kontaktdaten werden strikt getrennt von den Studiendaten gespeichert und verarbeitet (Pseudonymisierung).</p>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei Cerner Enviza.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Teilnehmers/-in

Bei Minderjährigen oder betreuten Personen bitte ersatzweise Unterschrift einer erziehungsberechtigten oder betreuenden Person: Ich bestätige hiermit, dass ich das Sorgerecht oder Betreuungsrecht inne habe und diese Entscheidung vertretungsweise und allein treffen darf.

Nachname, Vorname der erziehungs- oder betreuungsberechtigten Person

Ort, Datum

Unterschrift der erziehungs- oder betreuungsberechtigten Person