



Humboldt-Universität zu Berlin  
Lebenswissenschaftliche Fakultät  
Institut für Psychologie  
Abteilung Psychologische Methodenlehre  
Unter den Linden 6, 10099 Berlin  
Dr. Claudia Wolf  
Telefon: 030 2093 9434

**Einverständniserklärung Teil I: Teilnahme Ihres Kindes am Forschungsvorhaben  
„Die Bedeutung affektiver Flexibilität für die individuelle Entwicklung und  
Entwicklungsanpassungen“**

Name: \_\_\_\_\_ , Vorname: \_\_\_\_\_ und

Geburtsdatum: \_/\_/\_/\_/\_ des Studienteilnehmers/der Studienteilnehmerin

**Einverständniserklärung zur Teilnahme Ihres Kindes an der Studie**

Ich habe die Informationen zur oben genannten Studie gelesen und verstanden und hatte Gelegenheit, Fragen dazu zu stellen. Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind an der Studie teilnimmt. Die Teilnahme meines Kindes ist freiwillig und mein Kind kann die Studie jederzeit abbrechen. Ich bin einverstanden damit, dass der Lehrstuhl „Psychologische Methodenlehre“ und mit ihm kooperierende Forschungseinrichtungen die Untersuchungsdaten in pseudonymisierter Form wissenschaftlich auswerten und archivieren. Bei den aufgezeichneten Daten handelt es sich um Videoaufnahmen,

**Tonaufnahmen, Angaben auf Fragebögen, psychophysiologische und physische Daten (z.B. Größe, Gewicht, Blutdruck, Körperkontrolle und Beweglichkeit) und am Computer bearbeitete Aufgaben.**

---

**Name eines Erziehungsberechtigten (in Druckbuchstaben)**

**Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_**



Humboldt-Universität zu Berlin  
Lebenswissenschaftliche Fakultät  
Institut für Psychologie  
Abteilung Psychologische Methodenlehre  
Unter den Linden 6, 10099 Berlin  
Dr. Claudia Wolf  
Telefon: 030 2093 9434

## **Einverständniserklärung Teil II: Verwendung der Daten der StudienteilnehmerInnen**

### **Speicherung der Kontaktdaten Ihres Kindes**

Die Kontaktdaten (Adresse, Telefonnummer, ggf. Emailadresse) Ihres Kindes möchten wir weiterhin speichern. Sie werden passwortgeschützt und getrennt von allen Untersuchungsdaten aufbewahrt. Sie können die Kontaktdaten Ihres Kindes jeder Zeit löschen lassen.

**Bitte kreuzen Sie an:**

**Ich bin damit einverstanden, dass die Kontaktdaten meines Kindes am Lehrstuhl für Methodenlehre gespeichert werden, damit mein Kind in der Zukunft über die erneute Möglichkeit einer Studienteilnahme informiert werden kann.**

**Ja**     **Nein**

### **Verwendung vollständig anonymisierter Untersuchungsdaten**

**Wir können dazu aufgefordert werden, die vollständig anonymisierten Daten - also Untersuchungsdaten ohne jegliche Informationen zur Identität der**

**StudienteilnehmerInnen - mit der internationalen wissenschaftlichen Gemeinschaft zu teilen. Drei typische Kontexte solcher wissenschaftlichen**

**Veröffentlichungen betreffen:**

- **Veröffentlichung der anonymisierten Daten in wissenschaftlichen Fachzeitschriften zur Überprüfung der Ergebnisse durch andere KollegInnen**
- **Kombination der anonymisierten Daten aus vielen Studien für sogenannte Meta-Analysen**
- **Dispositionierung anonymisierter Daten in wissenschaftlichen Datenbanken (Repositorien) für die Verwendung in ähnlichen Projekten**

**In diesen Kontexten werden ausschließlich vollständig anonymisierte Daten veröffentlicht. Das bedeutet: Es werden keine Namen oder Kontaktdaten veröffentlicht und keine sonstigen Daten, die Rückschlüsse auf die Identität von TeilnehmerInnen zulassen (z.B. Foto- oder Videoaufnahmen, Inhalte von Gesprächen).**

**Bitte kreuzen Sie an (Voraussetzung für die Studienteilnahme):**

**Ich bin damit einverstanden, dass die anonymisierten Untersuchungsdaten einer wissenschaftlichen Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden, z.B. als Teil von Publikationen in Fachzeitschriften, im Rahmen von Meta-Analysen oder in wissenschaftlichen Datenbanken.          Ja          Nein**

### Verwendung der Videodaten und Tonaufnahmen

Während der Experimente zur affektiven Flexibilität werden wir Video- und Tonaufnahmen von Ihrem Kind machen. Diese Aufnahmen werden nur zur Qualitätsprüfung benutzt und nicht veröffentlicht.

Ich habe die vollständige Erklärung gelesen. Ich erkläre mich mit der Verwendung der Daten - wie auf diesen Seiten angekreuzt - einverstanden.

---

Name eines Erziehungsberechtigten (in Druckbuchstaben)

Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_