



## Einverständniserklärung für Probanden im Labor für Optometrie

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Ich habe das „Informationsblatt für Probanden im Labor für Optometrie“ aufmerksam gelesen und verstanden.

Etwaige Fragen dazu wurden mir vom Laborleiter bzw. einem Labormitarbeiter unmissverständlich beantwortet.

Ich erkläre mich damit einverstanden, unter den dort beschriebenen Bedingungen als Proband am klinischen Praktikum im Labor für Optometrie teilzunehmen.

Die Bestimmungen zum Datenschutz erkenne ich an.

Ich kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen mein Einverständnis zur Teilnahme als Proband zurücknehmen, ohne dass mir hieraus Nachteile entstehen.

---

Ort / Datum / Unterschrift Proband bzw. eines / einer Erziehungsberechtigten

