

## Einwilligungserklärung für Eltern/ Sorgeberechtigte

## Einwilligungserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden,  
dass meine Tochter/ mein Sohn

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname der Tochter/ des Sohnes

1. an den 5 Sitzungen von je 90 Minuten von MaiStep (Mainzer Schultraining zur Essstörungsprävention) im Rahmen der Klasse und
2. an der Fragebogenuntersuchung bei Schülern zu den Themen Lebensqualität, negative Stimmung, Bedeutung von Medien, Wahrnehmung des eigenen Körpers und Umgang mit dem Thema Essen und Gewicht
3. einer einfachen Untersuchung (Messen von Körpergewicht und -größe mit Bekleidung, sowie das Schätzen des Umfangs von Hüfte, Bein und Arm von Ihrem Kind selbst) lediglich in Anwesenheit der Untersuchungsleiterin/ des Untersuchungsleiters in einem separaten Raum

teilnehmen kann.

Ich bin persönlich ausführlich und verständlich über den Ablauf, die Bedeutung; die Risiken und die Tragweite des Programms und der Befragung aufgeklärt worden. Alle meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet. Ich habe das Informationsblatt erhalten, gelesen und verstanden und hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden, ob meine Tochter/ mein Sohn teilnehmen soll.

Ich habe verstanden und bin damit einverstanden, dass die Daten zu meiner Tochter/ meinem Sohn (z.B. Antworten in Fragebögen) in pseudonymisierter Form, (d.h. kodiert ohne Angabe von Namen, Anschrift oder Ähnlichem) erhoben, gespeichert und zur Auswertung an die Uniklinik Mainz weitergegeben werden. Die Weitergabe an Dritte (einschließlich Veröffentlichung der Ergebnisse) erfolgt ausschließlich in anonymisierter Form (d.h. ohne Zuordnung und Angabe personenbezogener Daten).

Ausnahme: Wenn ihre Tochter/ ihr Sohn nach allen Befragungen den Wunsch hat, über die Ergebnisse der Auswertung ihrer / seiner persönlichen Daten informiert zu werden, erhält sie / er eine entsprechende Rückmeldung von den Studienleitern. Wenn sie / er es nicht ausdrücklich wünscht, werden in diesem Fall keine weiteren Personen über ihre/ seine Ergebnisse informiert.

Außerdem erhalten Sie eine Information sollte der Verdacht einer Essstörung bestehen

Mir ist bekannt, dass ich oder mein Sohn/ meine Tochter jederzeit die Einwilligung zur Teilnahme an den Sitzungen und an der Befragung mündlich oder schriftlich zurückziehen kann, ohne, dass für mich oder mein Kind daraus irgendwelche Nachteile entstehen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name der Erziehungsberechtigten in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Schule der Tochter/ des Sohnes

\_\_\_\_\_  
Unterschriften der Erziehungsberechtigten