

Widerrufsformular

Hiermit widerrufe ich meine im Rahmen der Untersuchung „GET Sleep – Stepped Care Modell für die Behandlung von Schlafstörungen“ erteilte Einwilligung zur

Teilnahme an dieser Studie

Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten, welche im Rahmen der Studie erhoben wurden, und

gestatte die Verwendung meiner Daten für weitere Forschungsvorhaben in ausschließlich anonymisierter Form

verfüge die vollständige Löschung meiner Daten

verfüge die Löschung folgender Daten:

Name: _____

Anschrift: _____

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift