EVANGELISCHES
KLINIKUM Bethel

Einwilligungserklärung in die Forschung mit Patientendaten

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

das EvKB ist bestrebt, seine Patientinnen und Patienten nach den neuesten wissenschaftlichen und medizinischen Kenntnissen und Methoden zu behandeln. Diese Kenntnisse und Methoden können nur durch wissenschaftliche Forschung und Lehre verbessert und weiterentwickelt werden. Hierzu ist die Forschung mit Patientendaten unerlässlich.

Es ist zum Beispiel notwendig, neue Behandlungsverfahren mit bereits etablierten Methoden zu vergleichen. Dies ist nur möglich, wenn zu diesem Zweck die medizinischen Daten der Patientinnen und Patienten zum jetzigen oder zu einem späteren Zeitpunkt ausgewertet werden dürfen. Diese Daten werden in pseudonymisierter Form ohne Angabe von Namen in einer Forschungsdatenbank gespeichert. Eine Weitergabe der Daten an Personen oder Stellen, die nicht mit dem konkreten Forschungsprojekt befasst sind, ist ausgeschlossen. Die Daten werden anonymisiert bzw. gelöscht, sobald der Forschungszweck dieses gestattet. Eine wissenschaftliche Veröffentlichung erfolgt stets in anonymisierter Form ohne Rückschluss auf konkrete Personen.

Eventuell benötigen wir für die wissenschaftliche Forschung auch die medizinischen Daten aus Ihren Behandlungsunterlagen. Dabei müssen wir das Patientengeheimnis beachten, dass Ihre medizinischen Daten vor unbefugter Kenntnisnahme durch Dritte schützt. Deshalb möchten wir Sie heute vorsorglich um Ihre Einwilligung bitten.

Zudem bin ich einverstanden, für künftige Studien kontaktiert zu werden. Für jede Studie wird es vorab eine separate Aufklärung und eine Einverständniserklärung geben.

Diese Einwilligung gilt für die jetzige Behandlung und künftige Behandlungen mit gleichem Krankheitsbild im EvKB. Sie können die Einwilligung jederzeit widerrufen. Ihnen entstehen keine Nachteile, wenn Sie uns die Einwilligung nicht erteilen oder diese widerrufen. Fragen hierzu beantworten Ihnen gerne die aufnehmende Therapeutin oder der aufnehmende Therapeut und die oder der Datenschutzbeauftragte des Klinikums.

PatientIn:……

Geburtsdatum:
……

Anschrift: Telefon:

……

□ Ich willige ein, dass das EvKB – wie oben beschrieben – meine medizinischen Daten zum jetzigen oder zu einem späteren Zeitpunkt zu Forschungszwecken nutzen darf.

□ Ich willige nicht ein.

_____

Bielefeld, den — Unterschrift der Patientin / des Patienten und der/des gesetzlichen Vertreterin / Vertreters

_____

Bielefeld, den — Unterschrift der Behandlerin / des Behandlers