

Prospektives, multizentrisches nationales Register
des Deutschen Instituts für
Gefäßmedizinische Gesundheitsforschung (DIGG)



Einwilligungserklärung

Ich habe die Informationsschrift gelesen und wurde zudem mündlich durch Herrn/Frau _____ über das Ziel, den Umfang und den Ablauf der Datenerfassung ausführlich und verständlich aufgeklärt. Im Rahmen des Aufklärungsgesprächs hatte ich die Gelegenheit, Fragen zu stellen. Alle meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich stimme der Teilnahme an der Datenerfassung freiwillig zu und bin damit einverstanden. Für meine Entscheidung hatte ich ausreichend Zeit. Ein Exemplar der Informationsschrift und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Mir ist bekannt, dass ich meine Teilnahme jederzeit beenden kann, ohne dass dies die Qualität meiner Gesundheitsversorgung oder meinen Gesundheitszustand beeinflussen wird.

Mir ist bekannt, dass bei dieser Datenerfassung personenbezogene Daten verarbeitet werden sollen. Die Verarbeitung der Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. A der Datenschutz-Grundverordnung folgende Einwilligungserklärung voraus:

Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme freiwillig zu, dass meine in der Datenbank erhobenen Daten, insbesondere Angaben über meine Gesundheit, zu den in der Informationsschrift beschriebenen Zwecken in pseudonymisierter Form aufgezeichnet, ausgewertet und ggf. auch in anonymisierter Form an medizinische Kooperationspartner weitergegeben werden können. Dritte erhalten keinen Einblick in personenbezogene Unterlagen. Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen der Studie wird mein Name ebenfalls nicht genannt. Die personenbezogenen Daten werden anonymisiert, sobald dies nach dem Forschungszweck möglich ist. Die Daten werden nach Ablauf der Datenerfassung 10 Jahre aufbewahrt. Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung jederzeit schriftlich oder mündlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden kann, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird davon nicht berührt. In diesem Fall kann ich entscheiden, ob die von mir erhobenen Daten gelöscht werden sollen oder weiterhin für die Zwecke der Datenerfassung verwendet werden dürfen.

Ich möchte die Verwendung meiner Daten für künftige Forschungszwecke zur Erforschung der Behandlung des abdominellen Aortenaneurysmas wie folgt eingrenzen:



Ich bin damit einverstanden, dass Gesundheitsdaten von folgenden Ärzten/meinem Hausarzt für die Zwecke der Studie erhoben werden. Insoweit entbinde ich die jeweiligen Ärzte/meinen Hausarzt von der Schweigepflicht.

☒ Ich bin einverstanden

☒ Ich bin nicht einverstanden

Ort, Datum

Name, Vorname des Teilnehmers
(in Druckbuchstaben)

Unterschrift der teilnehmenden Person

Aufklärende Person

Der Patient wurde von mir im Rahmen eines Gesprächs über das Ziel, den Umfang und den Ablauf der Datenerfassung aufgeklärt. Der Patient hatte die Möglichkeit Fragen zu stellen. Ein Exemplar der Informationsschrift und der Einwilligungserklärung habe ich dem Patienten ausgehändigt.

Ort, Datum

Name, Vorname der aufklärenden Person
(in Druckbuchstaben oder Stempel)

Unterschrift der aufklärenden Person