Im Verein „Pädiatrische Endokrinologie in der Praxis e.V.“ sind mehrere niedergelassene und/oder in Kliniken tätige Ärzte vernetzt. Der Verein beabsichtigt die Erstellung einer zentralen Online-Datenbank, in welcher Patientendaten eingegeben werden. Ziel des Projektes ist, durch die Dokumentation und Auswertung der Daten die Versorgung und Behandlung der Patienten und entsprechende Therapien zu optimieren.

Patienteneinverständniserklärung

Der Patient
Name, Vorname des Patienten _____, geb. am _____

Name, Vorname des Gesetzlichen Vertreters _____

erklärt hiermit sein Einverständnis, dass die im Zusammenhang mit seiner Behandlung erhobenen medizinischen Daten zur

- Person (Größe, Anschrift, Tel. Nr., E-Mail Adresse, Alter etc.)
- Krankheit
- Behandlung
- Medikation
- Therapie

in eine zentrale Online-Datenbank **(**www.qualiat.de **und www.qualiat.org)** eingestellt und dort verarbeitet und genutzt werden.

Name und Vorname des Patienten werden hierbei anonymisiert, d.h. verschlüsselt.
Jeder teilnehmende Arzt hat lediglich den Zugriff auf die Daten seiner eigenen Patienten.

Der Verein Pädiatrische Endokrinologie in der Praxis e.V, seine Mitarbeiter und vom Verein autorisierte Personen oder Organisationen, wie Systemadministrator oder wissenschaftliche Beauftragte haben Zugriff zur Verarbeitung und wissenschaftlichen und statistischen Auswertung sämtlicher Daten.

Die Weitergabe der Daten an sonstige Dritte erfolgt nicht.

Der Patient wurde darauf hingewiesen, dass seine Einwilligung freiwillig ist und dass er keine inhaltlichen und rechtlichen Nachteile erleidet, wenn er sein Einverständnis nicht gibt.

Die Einwilligung umfasst ausdrücklich die Verwendung von Gesundheitsdaten und somit besondere Arten von personenbezogenen Daten i.S. von § 3 Abs. 9 Bundesdatenschutzgesetz. Der Patient kann seine Einverständniserklärung jederzeit, ohne dass dies mit Nachteilen für die weitere Behandlung verbunden ist und ohne Angabe von Gründen widerrufen. In diesem Falle erkläre ich mich damit einverstanden, das die bei zu diesem Zeitpunkt gespeicherten Daten weiterhin verwendet werden dürfen.

…….

Ort, Datum	eigenhändige Unterschrift (bei Minderjährigen ab 14 Jahre)	Unterschrift des Erziehungsberechtigten (bei Minderjährigen)

…….

Praxisstempel	Ort, Datum	Unterschrift des Arztes