

Versorgungsforschung

Information und Einwilligungserklärung

Thema: Endokrinologische Versorgungsforschung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Herr Patient,

zu einer guten und modernen Behandlung gehört auch fortwährende Qualitätssicherung, Forschung und Lehre. Das Endokrinologikum Göttingen führt als Zentrum für Hormon- und Stoffwechselerkrankungen (Status der Lehrpraxis der Universitätsmedizin Göttingen ist beantragt) und der Universitätsmedizin Göttingen regelmäßig Projekte durch. Hierbei sind wir auf Ihre Unterstützung angewiesen. Wir bitten Sie daher um Ihr Einverständnis, dass Teile der Daten, die im Zusammenhang mit Ihrer Diagnostik und Behandlung gewonnen werden, unter Wahrung der Anonymität für die Qualitätssicherung, Forschung und Lehre verwendet werden können.

Hierzu werden wir Daten aus der klinischen endokrinologischen, diabetologischen oder osteologischen Versorgung erheben (z. B. Alter, Geschlecht, Größe, Gewicht, Krankheitsdatum und -verlauf, Medikation), wie sie in unserem Hause routinemäßig durchgeführt und dokumentiert wird. Ihre ärztliche Behandlung und Betreuung wird durch diese Dokumentation der Daten selbstverständlich in keinerlei Form beeinflusst.

Die in diesem Rahmen erhobenen persönlichen Daten und Krankheitsdaten werden auf Datenerfassungsbögen und elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und in pseudonymisierter Form, d. h. ohne Angabe Ihres Namens oder auch Initialen oder sonstiger Merkmale, die Rückschlüsse auf Sie zulassen würden, ausgewertet. Die Auswertung und Weitergabe unterliegt datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Da z. T. sehr seltene Erkrankungsbilder ausgewertet werden, wird die Analyse zusammen mit anderen Praxen des Verbundes durchgeführt.

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Auswertung der Daten können elektronisch gespeichert und ggf. in einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift oder einem wissenschaftlichen Kongress veröffentlicht werden oder an andere wissenschaftliche Institutionen weitergegeben werden.

Sie können jederzeit Ihr Einverständnis zur Erhebung, Auswertung und Weitergabe der Daten zurücknehmen. Dann werden keine weiteren Krankheitsdaten mehr weitergegeben, vorher erhobene und übermittelte Daten bleiben hiervon unberührt.

Einverständniserklärung:

Ich bin einverstanden, dass Daten aus meiner Behandlung zum Zweck der Qualitätssicherung, Forschung und Lehre erhoben und ausgewertet und ggf. an andere wissenschaftliche Institutionen anonymisiert weitergegeben werden. Ich bin mir bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Name, Vorname (DRUCKBUCHSTABEN)

Unterschrift Patient

Datum

Unterschrift des behandelnden Arztes