

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG FÜR PATIENTEN ZUM FALLBERICHT

Vorläufiger Titel des Fallberichts:

Ich, _____
[VOLLSTÄNDIGER NAME IN DRUCKSCHRIFT]

wurde behandelt von _____
[VOLLSTÄNDIGER NAME IN DRUCKSCHRIFT],

[ANSCHRIFT IN DRUCKSCHRIFT]

[E-MAIL-ADRESSE IN DRUCKSCHRIFT]

Hiermit bestätige ich, dass ich (bitte Kästchen ankreuzen):

gesetzlich dazu berechtigt bin, diese Einwilligung zu erteilen.

Mit Unterzeichnung dieser Einwilligungserklärung ermächtige ich den/die oben genannte(n) Arzt/Ärztin und weitere Mitautor(inn)en, einen Fallbericht über meine Behandlung zu verfassen. Folgendes ist mir bekannt:

Ich werde von der Teilnahme an diesem Fallbericht nicht direkt profitieren. Die Informationen, die mit anderen Angehörigen von Gesundheitsberufen geteilt werden können, können jedoch die medizinische Versorgung verbessern, die andere Personen künftig erhalten werden.

Die Unterzeichnung dieser Einwilligungserklärung beeinträchtigt meine Datenschutzrechte nicht. Mein Name und meine geschützten Gesundheitsinformationen werden nicht offengelegt, es sei denn es wurde ausdrücklich verlangt und ich habe meine Zustimmung erteilt. Mir ist bekannt, dass eine vollständige Anonymität nicht garantiert werden kann. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass mich irgendwo jemand erkennt (zum Beispiel eine Person, die sich um mich gekümmert hat, oder ein Verwandter).

Zu den Daten, die für diesen Fallbericht verwendet werden, gehören relevante Informationen zur fallbezogenen Krankheitsgeschichte, Laborbefunde, Fotos und verschriebene Behandlungskonzepte.

Eine Zusammenfassung meiner Behandlung wird einem Gremium aus Experten und Forschern zur Bewertung vorgelegt und kann in einer medizinischen Zeitschrift unter Open-Access-Lizenz veröffentlicht werden (d. h. jeder kann diese Publikation frei im Internet einsehen und lesen) und/oder auf einer medizinischen Konferenz präsentiert werden. Ich erteile hiermit die Zustimmung für eine solche Veröffentlichung bzw. Präsentation. Die Zusammenfassung meiner Behandlung und der Fallbericht enthalten keine personenbezogenen Daten. Soweit personenbezogene Daten betroffen sind, werden diese in anonymisierter Form veröffentlicht.

Die Genehmigung der Verwendung meiner Daten für den Fallbericht ist für mich nicht mit zusätzlichen Kosten verbunden. Ebenso werde ich keinerlei Vergütung dafür erhalten.

Meine Teilnahme an diesem Fallbericht ist vollkommen freiwillig, und ich kann diese Genehmigung jederzeit widerrufen. Alle meine personenbezogenen Daten, die an Heel übermittelt werden, werden nach entsprechender

Weisung des/der behandelnden Arztes/Ärztin gelöscht. Sobald der Fallbericht erstellt und veröffentlicht wurde (mit personenbezogenen Daten in anonymisierter Form), kann dieser jedoch nicht mehr zurückgezogen werden. Meine Entscheidung wird zu keinerlei Nachteilen oder Einbußen bei Leistungen führen, auf die ich Anspruch habe, einschließlich der Qualität der medizinischen Versorgung, die ich erhalte. Ein Widerruf kann an den/die behandelnde(n) Arzt/Ärztin gesandt werden (siehe Kontaktdaten oben).

Eventuell werde ich gebeten, eine Stellungnahme aus Patientensicht zu der Behandlung beizutragen, die ich bekommen habe. Ich kann mich freiwillig entscheiden, diese Stellungnahme abzugeben oder abzulehnen.

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars bestätige ich Folgendes:

- **Ich habe zugestimmt, mich an dem Fallbericht zu beteiligen.**
- **Ich genehmige den in diesem Formular erläuterten Zugriff auf meine persönlichen Gesundheitsdaten (Krankenakte).**
- **Ich wurde darüber informiert, dass ich nicht verpflichtet bin, mich an dem Fallbericht zu beteiligen.**
- **Ich wurde über Nutzen und Risiken informiert, die mit der Verwendung meiner Daten für den Fallbericht verbunden sein können.**
- **Ich habe alle Seiten dieses Formulars gelesen.**
- **Mir wurde eine Version eines Fallberichts vorgelegt, wie dieser eingereicht oder veröffentlicht werden soll (einschließlich Fotos), und ich bin damit einverstanden.**
- **Der Fallbericht wurde mir ausführlich erläutert, und alle meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.**

*Zu unterzeichnen vom Patienten/von der Patientin
oder seinem/ihrer gesetzlichen Vertreter*

*Zu unterzeichnen vom/von der behandelnden
Arzt/Ärztin, der/die dem Patienten das Formular
ausgehändigt und erklärt hat*

Datum _____

Datum _____

Ort _____

Ort _____

Name (Druckschrift) _____

Name (Druckschrift) _____

Unterschrift _____

Unterschrift _____