



Fetscherstr. 74, 01307 Dresden  
Tel. ++49-351-458-2440  
Fax ++49-351-458-4384  
use-info@uniklinikum-dresden.de

### **Einwilligung in die Teilnahme und die Nutzung von Patientendaten zur Evaluation des Versorgungsprojekts TRANSLATE-NAMSE**

Dresden, den 31.01.2018

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

diese Einwilligungserklärung besteht aus 3 Abschnitten. Nach jedem Abschnitt haben Sie die Möglichkeit, Ihre Zustimmung oder Ablehnung zum Ausdruck zu bringen. In Abschnitt 3. können Sie zusätzlich den Zeitraum festlegen, innerhalb dessen wir Ihre Krankenkassendaten anfordern dürfen.

Ihre Teilnahme an TRANSLATE-NAMSE ist freiwillig und beginnt mit der Unterschrift der Teilnahmeerklärung und Einwilligungserklärung. Ihre Teilnahme an TRANSLATE-NAMSE endet:

- wenn Sie Ihre Teilnahme widerrufen. Sie können Ihre Teilnahme innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich ohne Angabe von Gründen bei Ihrem behandelnden Zentrum für Seltene Erkrankungen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an das Zentrum für Seltene Erkrankungen. Die Widerrufsfrist beginnt mit dem Erhalt der Belehrung in Textform, frühestens mit Abgabe der Teilnahmeerklärung.
- wenn Sie die Teilnahme nach Ablauf der oben genannten Widerrufsfrist durch schriftliche Erklärung vorzeitig beenden, frühestens mit dem Datum des Eingangs der schriftlichen Erklärung in Ihrem betreuenden Zentrum für Seltene Erkrankungen. Sofern Sie einen Termin bestimmt haben, der nach dem Eingang der Erklärung im Zentrum für Seltene Erkrankungen liegt, ist dieser Termin maßgebend.
- wenn Ihr betreuender Arzt des Zentrums für Seltene Erkrankungen aus medizinischen Gründen die Betreuung beendet
- mit dem Abschluss des Projekts TRANSLATE-NAMSE
- mit der Beendigung Ihres Versicherungsverhältnisses bei einer gesetzlichen Krankenversicherung.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie ausführlich und verständlich über die Ziele, Bedeutung und Tragweite der Erhebung, Speicherung und Auswertung Ihrer Daten aufgeklärt worden sind. Eine Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt nur nach freiwilliger Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung und soweit dies im Rahmen des Projektes erforderlich ist. Alle an diesem Projekt Beteiligten sind gesetzlich und vertraglich zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten verpflichtet. Die Einzelheiten der Erhebung und Verwendung Ihrer Daten wurden Ihnen in einer schriftlichen Patienteninformation erläutert. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten.

Sollten Sie Ihre Teilnahme an TRANSLATE-NAMSE widerrufen, werden Ihre Daten auf Ihren Wunsch hin vollständig gelöscht. Hierüber erhalten Sie von Ihrem Zentrum für Seltene Erkrankungen eine schriftliche Bestätigung. Soweit

Ihre Daten aufgrund gesetzlich bestehender Aufbewahrungsfristen nicht gelöscht werden dürfen, werden diese bis zum Fristablauf gesperrt.

### **Teilnahme am Projekt TRANSLATE-NAMSE**

Hiermit stimme ich der Teilnahme am Versorgungsprojekt TRANSLATE-NAMSE sowie der beschriebenen Erhebung, Speicherung und Auswertung meiner Daten zu und bestätige dies mit meiner Unterschrift. Ich wurde ausführlich, umfassend und verständlich über die Inhalte, Ziele und Bedingungen des Projekts informiert. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die Teilnahme an diesem Versorgungsprojekt freiwillig ist und ich ohne Angaben von Gründen meine Zustimmung widerrufen sowie die Teilnahme jederzeit beenden kann.

JA                       NEIN

Ich stimme zu, dass ich im Fall bestehender oder zukünftiger Forschungsprojekte kontaktiert und zur Projektteilnahme eingeladen werden darf.

JA                       NEIN

Name und Vorname des Patienten/der Patientin: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Patienten/der Patientin: \_\_\_\_\_

Die Teilnehmerinformation für das Projekt TRANSLATE-NAMSE habe ich erhalten, gelesen und verstanden.  
Die Adresse für eine Widerrufserklärung habe ich erhalten (siehe Kontaktdaten am Ende der Einwilligung).  
Ich habe einen Ausdruck meiner Einwilligungserklärung erhalten.  
Ich hatte ausreichend Zeit, meine Entscheidung zu überdenken und frei zu treffen.

Dresden, den \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten und / bzw. des Sorgeberechtigten: \_\_\_\_\_

Sollten Sie Rückfragen haben oder weitere Informationen wünschen, können Sie sich gerne an den Projektleiter des Standorts Dresden wenden:

Herrn Prof. Dr. med. Reinhard Berner am UniversitätsCentrum für Seltene Erkrankungen, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden

Sie können die Einwilligung zur Projektteilnahme jederzeit und ohne Angabe von Gründen unter folgendem Kontakt widerrufen:

**UniversitätsCentrum für Seltene Erkrankungen**  
**Fetscherstr. 74, 01307 Dresden**

Tel. ++49-351-458-2440

Fax ++49-351-458-4384

E-Mail: [use-info@uniklinikum-dresden.de](mailto:use-info@uniklinikum-dresden.de)