

Teilwiderruf der Einwilligungserklärung in die Nutzung von Patientendaten und Krankenkassendaten für medizinische Forschungszwecke

Wenn Sie Ihre Einwilligungserklärung zur Nutzung von Patientendaten und Krankenkassendaten für medizinische Forschungszwecke in ausgewählten Punkte widerrufen möchten, füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden es unterschrieben per Scan oder Post an:

Unabhängige Treuhandstelle Dresden

E-Mail: treuhandstelle@tu-dresden.de

Postadresse: Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Ihre Daten:

Vorname	Nachname	Geburtsdatum
Anschrift		

Liebe Patientin, lieber Patient,

mit diesem Widerrufsformular haben Sie die Möglichkeit, die von Ihnen am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden erteilte Einwilligung in die Nutzung von Patientendaten und Krankenkassendaten für medizinische Forschungszwecke ganz oder in Teilen zu widerrufen.

Natürlich respektieren wir Ihre Entscheidung sich ganz oder teilweise nicht mehr an der medizinischen Forschung beteiligen zu wollen und es entstehen Ihnen dadurch keine Nachteile in Hinblick auf Ihre aktuelle oder zukünftige medizinische Behandlung in unserer Einrichtung.

Bitte beachten Sie, dass sich ein Widerruf dabei immer nur auf die zukünftige Verwendung Ihrer Patientendaten bezieht. Daten aus bereits durchgeführten Analysen können nachträglich nicht mehr entfernt werden.

Im Falle eines entsprechenden Widerrufs werden Ihre auf Grundlage dieser Einwilligung gespeicherten Patientendaten gelöscht oder anonymisiert, sofern dies gesetzlich zulässig ist. Wenn eine Löschung nicht oder nicht mit zumutbarem technischem Aufwand möglich ist, werden Ihre Patientendaten anonymisiert, indem der Ihnen zugeordnete Identifizierungscode gelöscht wird. Die Anonymisierung Ihrer Patientendaten kann allerdings eine spätere Zuordnung von Informationen zu Ihrer Person über andere Quellen niemals völlig ausschließen.

Auf den folgenden Seiten haben Sie die Möglichkeit, zum Beispiel ausschließlich die Kontaktierung durch uns zu beenden und/oder künftig keine weiteren medizinischen Daten und/oder Krankenkassendaten an uns weiterzugeben.

Möglichkeiten Ihre Einwilligungserklärung zu widerrufen:

Widerruf erneuter Kontaktaufnahme

Informationen zu wissenschaftlichen Fragen und neuen Studien

Hiermit widerrufe ich die von mir gegebene Einwilligung zur erneuten Kontaktaufnahme, um künftig nicht mehr für Informationen zu wissenschaftlichen Fragen kontaktiert und über neue Forschungsvorhaben/Studien informiert zu werden (Punkt 3.1 der Patienteninformation und Einwilligungserklärung). Von Anfragen zur Verknüpfung meiner Patientendaten soll künftig abgesehen werden.

Ja

Informationen zu medizinischen Zusatzbefunden

Hiermit widerrufe ich die von mir gegebene Einwilligung zur Rekontaktierung, um künftig nicht mehr über **Analyseergebnisse, die möglicherweise für meine Gesundheit relevant sind (medizinische Zusatzbefunde)** informiert zu werden (Punkt 3.2 der Patienteninformation und Einwilligungserklärung).

Ja

Widerruf der Übertragung zukünftig anfallender Krankenkassendaten

Hiermit widerrufe ich die von mir gegebene Einwilligung zur Übertragung meiner zukünftig anfallenden Krankenkassendaten (Punkt 2 der Patienteninformation und Punkt 2.2 der Einwilligungserklärung).

Bereits übertragene Krankenkassendaten dürfen im Gültigkeitszeitraum der Einwilligung weiterhin für wissenschaftliche Forschungszwecke gespeichert und genutzt werden.

Ja

Widerruf der Erhebung zukünftig anfallender Patientendaten

Hiermit widerrufe ich die von mir gegebene Einwilligung zur Erhebung meiner zukünftigen Patientendaten, wie in Punkt 1 der Patienteninformation und Einwilligungserklärung beschrieben.

Bereits erhobene Daten dürfen im Gültigkeitszeitraum der Einwilligung weiterhin für wissenschaftliche Forschungszwecke gespeichert und genutzt werden.

Ja

Komplette Löschung meiner Krankenkassendaten

Hiermit widerrufe ich vollständig die von mir gegebene Einwilligung in die Nutzung bereits vorhandener, noch abzurufender (retrospektiver), sowie zukünftiger Krankenkassendaten für medizinische Forschungszwecke (Punkt 2 der Patienteninformation und Einwilligungserklärung).

Alle Krankenkassendaten, die von mir in diesem Rahmen gespeichert wurden, sollen gelöscht werden.

Ja

Komplette Löschung meiner Patientendaten

Hiermit widerrufe ich vollständig die von mir gegebene Einwilligung in die Nutzung bereits vorhandener, noch zu übermittelnder (retrospektiver), sowie zukünftiger Patientendaten für medizinische Forschungszwecke (Punkt 1 der Patienteninformation und Einwilligungserklärung).

Alle Daten, die von mir in diesem Rahmen gespeichert wurden, sollen gelöscht werden.

Ja

Um den Widerruf zu vermerken, verbleibt das Widerrufsformular, sowie die Dokumentation über die erfolgte Umsetzung des Widerrufs in der Unabhängigen Treuhandstelle Dresden.

Von der Patientin / dem Patienten aufzufüllen:

Ort, Datum	Unterschrift Patient/in
------------	-------------------------

Bei Rückfragen oder für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an:

Unabhängige Treuhandstelle Dresden
E-Mail: treuhandstelle@tu-dresden.de
Telefon: 0351 / 317 7213

Von der Unabhängigen Treuhandstelle Dresden auszufüllen:

Widerrufseingang

Datum	Name des Mitarbeiters	Unterschrift
-------	-----------------------	--------------

Abschluss Umsetzung des Widerrufs

Datum	Name des Mitarbeiters	Unterschrift
-------	-----------------------	--------------