

Vollständiger Widerruf

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 allen Punkten und somit vollständig 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 komplett zu widerrufen.

Natürlich respektieren wir Ihre Entscheidung sich 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.

Da die medizinische Forschung in Deutschland jedoch stark auf die freiwillige Teilnahme von Patientinnen und Patienten angewiesen ist, möchten wir Sie bitten, eine komplette Löschung Ihrer Daten nur als letztes Mittel der Wahl auszulösen. Sie haben alternativ zum Beispiel die Möglichkeiten, ausschließlich die Kontaktierung durch uns zu beenden und/oder in Zukunft keine weiteren medizinischen Daten und Krankenkassendaten an uns weiterzugeben. Hierfür nutzen Sie bitte das Formular „*Teilwiderruf der Einwilligungserklärung in die Nutzung von Patientendaten und Krankenkassendaten für medizinische Forschungszwecke*“.

Bitte beachten Sie, dass sich ein Widerruf 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 der 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.

Komplette Löschung meiner Patientendaten und Krankenkassendaten (falls zutreffend)

Hiermit widerrufe ich vollständig die von mir gegebene Einwilligung in die Nutzung bereits vorhandener, noch zu übermittelnder (retrospektiver), sowie zukünftiger **Patienten- und Krankenkassendaten** (falls zutreffend) für medizinische Forschungszwecke (Punkt 1 und 2 der Patienteninformation und Einwilligungserklärung). Alle Daten, die von mir in diesem Rahmen gespeichert wurden, sollen gelöscht bzw. anonymisiert werden (Punkt 5 der Patienteninformation und Einwilligungserklärung).

Weiterhin widerrufe ich die von mir gegebene Einwilligung zur **Rekontaktierung**, um künftig nicht mehr über **Analyseergebnisse, die möglicherweise für meine Gesundheit relevant sind (medizinische Zusatzbefunde)**, zusätzliche wissenschaftliche Fragestellungen und neue Forschungsvorhaben/Studien informiert zu werden (Punkt 3 der Patienteninformation und Einwilligungserklärung). Von Anfragen zur Verknüpfung meiner Patientendaten soll künftig abgesehen 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