

Einwilligungserklärung erwachsener Patienten

zur Weitergabe von Daten sowie Untersuchung
und Einlagerung von Biomaterial

Vor- und Nachname des Patienten / der Patientin

Geburtsdatum

Durch den behandelnden Arzt _____ wurde ich über Zweck,
Name des Arztes/ der Ärztin

Ablauf und Bedeutung des MET Registers sowie Vorteile und Risiken, die damit verbunden sein können, aufgeklärt. Alle meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, meine Entscheidung über eine Teilnahme am MET Register zu überdenken und frei zu treffen.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich meine Einwilligung gegenüber dem MET Register ohne Angabe von Gründen jederzeit widerrufen kann. Das Informationsblatt zur Datenhandhabung und zum Umgang mit Tumorgewebe habe ich gelesen und die darin enthaltenen Informationen verstanden.

Datenschutz

Ich habe das Recht auf Auskunft über die mich betreffenden gespeicherten personenbezogenen Daten (Art. 15 DS-GVO). Wenn ich feststelle, dass unrichtige personenbezogene Daten von mir verarbeitet werden, kann ich Berichtigung verlangen (Art. 16 DS-GVO). Ich habe das Recht, die Löschung der personenbezogenen Daten zu verlangen, wenn bestimmte Löschründe vorliegen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn die personenbezogenen Daten zu dem Zweck, zu dem sie ursprünglich erhoben oder verarbeitet wurden, nicht mehr notwendig sind oder ich die Einwilligung widerrufe und es an einer anderweitigen Rechtsgrundlage für die Verarbeitung fehlt (Art. 17 DS-GVO). Des Weiteren habe ich das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung der personenbezogenen Daten (Art. 18 DS-GVO), auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO) und ein allgemeines Widerspruchsrecht (Art. 21 DS-GVO).



Datenverantwortliche:

Universitätskinderklinik Magdeburg
Arbeitsbereich Päd. Hämatologie und Onkologie
Leipziger Str. 44, 39120 Magdeburg
Tel.: +49 0391 6724190
E-Mail: kinderklinik@med.ovgu.de

Habe ich Fragen oder bin der Ansicht, dass die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt, habe ich die Möglichkeit, mich an die Datenschutzbeauftragte/r des Universitätsklinikums Magdeburg zu wenden:



Datenschutzbeauftragte/r des Universitätsklinikums Magdeburg

Leipziger Str. 44, 39120 Magdeburg
Tel.: + 49 391-6715753
Email: datenschutz@med.ovgu.de

Ich habe das Recht, mich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn ich der Ansicht bin, dass die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für die Universitätsklinikums Magdeburg zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:



Landesbeauftragter für den Datenschutz Sachsen-Anhalt

Postfach 1947, 39009 Magdeburg
Tel.: +49 391-818030
Email: poststelle@lfd.sachsen-anhalt.de

Mir ist bekannt, dass darüber hinaus die im Informationsschreiben dargelegten Regelungen zum Datenschutz gelten. Eine Kopie der Patienteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original befindet sich in der Krankenakte. Zusätzlich wurde ich mündlich über das Register aufgeklärt. Die Kooperationspartner des MET Registers, welche möglicherweise personenbezogene Informationen austauschen, sind in der Patienteninformation aufgeführt.

Einwilligung

Ich erteile hiermit das Einverständnis zur Übermittlung, Speicherung und wissenschaftlichen Auswertung meiner personenbezogenen Daten entsprechend den Ausführungen der Patienteninformation. Die Unterlagen werden in der Zentrale des MET Registers (Universitätsklinikum Magdeburg) für unbegrenzte Zeit aufbewahrt.

Ich willige ein, dass die behandelnde Klinik wie in der Information beschrieben Basisdaten zu Diagnose und Nachbeobachtung an das Deutsche Kinderkrebsregister (DKKR) meldet.

Ich willige ein, dass das MET Register wie in der Information beschrieben Basisdaten zu Diagnose und Nachbeobachtung mit dem Deutschen Kinderkrebsregister (DKKR) austauscht.

Ich bin damit einverstanden, dass das vorhandene Tumorgewebe zur Erforschung der Krankheit in ihren molekularen, genetischen, immunologischen und anderen, mit der Krankheit direkt verbundenen Merkmalen untersucht wird. Ich stimme der Lagerung meiner Biomaterialien bei Referenzpartnern und zentral in der Tumorbank Augsburg weiter zu.

Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass ich evtl. zu einem späteren Zeitpunkt zum Zweck der Korrektur bzw. Gewinnung weiterer Informationen erneut kontaktiert werde.

Ich möchte informiert werden, wenn im Rahmen wissenschaftlicher Untersuchungen Befunde erhoben werden, die eine weitergehende Diagnostik oder Behandlung erfordern

Ja, ich möchte informiert werden

Nein, ich möchte nicht informiert werden

Im Falle von Veröffentlichungen der Studienergebnisse bleibt die Vertraulichkeit persönlicher Daten gewahrt.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Hausarzt/ behandelnder Arzt über die Studienteilnahme informiert wird:

Ja

Nein

(Eine Registerteilnahme ist auch bei Nichtzustimmung möglich).

Ich/wir haben keine weiteren Fragen mehr.



Patient

Ich erteile meine Einwilligung.

Ort, Datum

Name, Vorname

Unterschrift

Gesprächsführender Arzt

Ort, Datum

Name, Vorname

Unterschrift / Stempel gesprächsführender Arzt

Das Original der Einwilligungserklärung verbleibt in der Patientenakte. Eine Kopie der Einwilligungserklärung wird dem Patienten ausgehändigt. Bitte senden Sie eine Kopie der Einwilligungserklärung an die Studienzentrale in Magdeburg.