

Einwilligungserklärung zum Datenschutz

„Erprobung eines Medikationsplanes in der Praxis hinsichtlich Akzeptanz und Praktikabilität – Modellregion Erfurt“

1. Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen des Forschungsvorhabens meine persönlichen Daten (Geschlecht, Alter, Medikation, Laborwerte) in pseudonymisierter Form (Angabe einer Nummer, ohne Name / Vorname) auf elektronischen Datenträgern aufgezeichnet werden. Mein Name und Vorname sind nur den beteiligten Ärzten und Apothekern bekannt und werden nicht elektronisch gespeichert.
2. Nach Erstellung des Medikationsplanes im HELIOS Klinikum Erfurt, Arztpraxis oder Apotheke wird dieser nur auf dem sog. 2D-Barcode gespeichert, nicht auf gesonderten elektronischen Datenträgern. Der 2D Barcode auf dem Medikationsplan enthält verschlüsselt alle notwendigen Daten, damit der Plan erneut eingescannt und ggf. aktualisiert werden kann.
3. Ich bin damit einverstanden, dass jeder neu erstellte Medikationsplan im HELIOS Klinikum Erfurt, Arztpraxis oder in der Apotheke verschlüsselt an den Projektkoordinator übermittelt wird. Diese Pläne werden für die Auswertung von Änderungen der Arzneimitteltherapie über einen Zeitraum von zwölf Monaten herangezogen, wobei die Datenspeicherung pseudonymisiert in einer Datenbank erfolgt.
4. Ich bin damit einverstanden, dass mich der Projektapotheker nach sechs und zwölf Monaten telefonisch bezüglich meiner Erfahrungen mit dem Medikationsplan befragt und mir hierzu die entsprechenden Fragebögen nach Hause schickt.
5. Für die anschließende wissenschaftliche Auswertung und für geplante Veröffentlichungen werden meine Daten in pseudonymisierter Form verwendet. Der Pseudonymisierungsschlüssel, inklusive Name und Telefonnummer des Patienten, wird nach drei Jahren vernichtet.
6. Das Original dieser Einwilligungserklärung verbleibt bei den Studienunterlagen, eine Kopie der Einwilligungserklärung wird mir ausgehändigt.
7. Ich habe die Patienteninformation zum Forschungsvorhaben gelesen und verstanden.
8. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich jederzeit das Recht habe, meine Einwilligung zu diesem Projekt zu widerrufen, ohne dass mir Nachteile entstehen.

_____ Datum

_____ Name, Vorname Patient

_____ Unterschrift Patient

_____ Datum

_____ Name, Vorname Arzt / Apotheker

_____ Unterschrift Arzt / Apotheker