

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

anbei finden Sie eine Vorlage für die Einholung der Einwilligung zur Verwendung der personenbezogenen Daten der Patientin/des Patienten für eine Kasuistik.

Bitte tragen Sie folgende Informationen ein, wenn Sie das Dokument verwenden:

- **Name und Einrichtungs-/Klinikanschrift**
- **Daten/Angaben, die Sie über die Aufzählung hinaus verwenden wollen, einschließlich relevanter Details (z. B. Symptome – oder Körperbereiche, die bei diagnostischen Untersuchungen abgebildet wurden).**

Bitte verwenden Sie keine Daten, die nicht in der Datenschutzinformation/Einwilligungserklärung aufgeführt sind!

Bitte händigen Sie der Patientin/dem Patienten eine Kopie der Einwilligungserklärung und Datenschutzinformation aus und nehmen Sie eine Kopie zu Ihren Akten. Senden Sie Patienteneinwilligungen bitte NICHT an GALDERMA!

Anlagen:

Datenschutzinformation

Einwilligungserklärung zur Verwendung von Patientendaten

DATENSCHUTZINFORMATION

Liebe Patientin, lieber Patient,

wie mit Ihnen besprochen, möchte ich Ihren Fall und die im Zuge der Therapie erzielten Behandlungserfolge bei einem wissenschaftlichen Austausch mit Kolleginnen und Kollegen aus dem Fachbereich vorstellen.

Die kontinuierliche wissenschaftliche Fortbildung und der Erfahrungsaustausch unter Ärztinnen und Ärzten mittels Fallberichten sind zur Sicherstellung einer guten Gesundheitsversorgung sehr wichtig.

Ein Fallbericht/eine Kasuistik ist ein Beispielfall aus der Praxis, in dem die Krankheitsgeschichte und der Therapieverlauf einer realen Person dargestellt werden. Dabei werden diagnose- und therapierelevante Daten verwendet. Andere Angaben wie Name, Adresse, Geburtsdatum werden nicht genannt.

Die von mir über Ihre Behandlung erstellte Kasuistik soll in einem bundesweit stattfindenden Austausch zwischen Ärztinnen und Ärzten diskutiert werden. Darüber hinaus können die vorgestellten Kasuistiken im Rahmen von Publikationen erscheinen, die ggf. von Kolleginnen und Kollegen aus dem Fachbereich auch online aufgerufen und heruntergeladen werden können.

Ich möchte Sie daher um Ihre Einwilligung bitten, die nachstehend aufgeführten Daten über Sie entsprechend verwenden zu dürfen:

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Geschlecht | <input type="checkbox"/> Alter | <input type="checkbox"/> Raucherstatus |
| <input type="checkbox"/> Gewicht | <input type="checkbox"/> Größe | |
| <input type="checkbox"/> Diagnose | | |

Datum/Ort der Diagnoseerstellung; Symptome: _____

- Datierete Therapieformen
- Datierete Dosis, datierter Therapieverlauf (inkl. Progress, Nebenwirkung und Therapieerfolg)
- Datierete Röntgen-, Computertomographieaufnahmen/Magnetresonanztomographie

Sonstige Bildaufnahmen von _____

Aktueller Gesundheitszustand sowie: _____

Zur Vorstellung der Kasuistik ist es notwendig, dass ich die oben aufgeführten Daten an das Pharmaunternehmen GALDERMA Laboratorium GmbH und Hautnetz Hamburg e. V. weitergebe, die die Daten für Unternehmens- und Vereinszwecke, insbesondere die wissenschaftliche Fortbildung nutzen.

Bitte lesen Sie sich die beigefügte Einwilligungserklärung durch und unterschreiben die Zweitschrift dieses Dokuments, wenn Sie damit einverstanden sind.

Mit freundlichen Grüßen

(Name der Ärztin/des Arztes)

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

Hiermit willige ich

Name, Vorname, Adresse

in die Verwendung der in der Datenschutzhinweisung genannten Daten für die dort genannten Zwecke ein und entbinde Sie hierzu von der ärztlichen Schweigepflicht.

Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft an untenstehende Adresse widerrufen werden. Bei Fragen zur Datenverarbeitung kann ich mich ebenfalls an die untenstehende Adresse wenden.

Aus der Nichterteilung oder dem Widerruf der Einwilligung entstehen mir keinerlei Verpflichtungen oder Nachteile.

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten/der Patientin

Name und Anschrift der Einrichtung/Klinik