 Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg	Einwilligungserklärung für Patient*innen	Seite 1 von 3
	Marker gesunden Alterns Studienleitung: Prof. Dr. med. Tino Prell	

Einwilligung in die Nutzung von Patientendaten für medizinische Forschungszwecke

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

1 Ich willige ein in die Erhebung, Verarbeitung und wissenschaftliche Nutzung meiner Patientendaten, wie in der Patienteninformation beschrieben; dies umfasst

1.1

die Verarbeitung und Nutzung meiner Patientendaten für die medizinische Forschung an der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg in pseudonymisierter Form, wie in Punkt 3 der Patienteninformation beschrieben. Dabei sollen meine pseudonymisierten Patientendaten der medizinischen Forschung langfristig zur Verfügung gestellt werden. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für die gesamte Bandbreite der medizinischen Forschung genutzt werden können, ohne dass eine projekt- oder themenbezogene Eingrenzung besteht. Ich bin darüber informiert, dass ich meine Teilnahme jederzeit ganz oder in Teilen zurückziehen kann (Punkt 8 der Patienteninformation)

1.2


die wissenschaftliche Analyse meiner pseudonymisierten Patientendaten im Rahmen der in 1.1 genannten medizinischen Forschung durch Dritte wie z.B. andere Universitäten. Dies kann auch eine Weitergabe für Forschungsprojekte im Ausland umfassen, wenn in diesen europäisches Datenschutzrecht gilt oder die Europäische Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt hat (siehe Punkt 3 der Patienteninformationen). An einem etwaigen kommerziellen Nutzen aus der Forschung werde ich nicht beteiligt. Vor einer Weitergabe an Forscher außerhalb meiner behandelnden Einrichtung erfolgt zudem eine weitere Pseudonymisierung der Daten (Patienteninformation Punkt 3)

Ich willige ein in die Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und wissenschaftliche Nutzung meiner Patienten- und Gesundheitsdaten wie in Punkt 1.1 und 1.2 der Einwilligungserklärung und Punkt 3 der Patienteninformation beschrieben.

☐ JA ☐ NEIN

Ich willige darüber hinaus ein, zusätzlich zur Nutzung von Routinedaten zu weiteren medizinisch relevanten Themen befragt zu werden (Punkt 2 der Patienteninformation).

☐ JA ☐ NEIN

 Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg	Einwilligungserklärung für Patient*innen	Seite 2 von 3
	Marker gesunden Alterns Studienleitung: Prof. Dr. med. Tino Prell	

2 Möglichkeit einer erneuten Kontaktaufnahme

Ich willige ein, dass ich von Studienpersonal der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg erneut kontaktiert werden darf, um zusätzliche für wissenschaftliche Fragen relevante Informationen zur Verfügung zu stellen (siehe Punkt 6 der Patienteninformationen). In diesem Rahmen willige ich in die Übertragung meiner Kontaktdaten an die Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg gemäß Punkt 3 der Patienteninformation ein.

☐ JA ☐ NEIN


3 Geltungsdauer meiner Einwilligung

Meine Einwilligung in die Erhebung von Patientendaten gilt für einen Zeitraum von zehn Jahren ab meiner Einwilligungserklärung. Daten gemäß Punkt 2 der Patienteninformation, die innerhalb dieser zehn Jahre von mir gesammelt werden, stehen automatisch für die wissenschaftliche Nutzung zur Verfügung. Mir steht es zu jedem Zeitpunkt frei, meine Einwilligung zu widerrufen. Sollte ich nach Ablauf von zehn Jahren wieder in der Geriatrie vorstellig werden, kann ich erneut meine Einwilligung erteilen. Die Nutzung der von mir bereits erhobenen Daten bleibt über diesen Zeitraum hinaus zulässig und ist nicht zeitlich terminiert, sofern kein Widerruf vorliegt (Punkt 7 und 8 der Patienteninformation).

4 Widerrufsrecht

Meine Einwilligung ist **freiwillig**! Ich kann meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen bei der Medizinischen Fakultät der Universität Halle vollständig oder in Teilen widerrufen, ohne dass mir irgendwelche Nachteile entstehen. Kontaktdaten für den Widerruf finden sich in den Patienteninformationen (Punkt 10).

Beim Widerruf können Sie zwischen dem prospektiven, anonymisierten und prospektiv/retrospektiven Widerruf wählen (siehe Punkt 8 der Patienteninformation). Daten aus bereits durchgeführten Analysen oder weitergegebene pseudonymisierte Daten können nicht mehr entfernt werden. Sie haben insbesondere jederzeit das Recht, die Löschung Ihrer für die Kontaktaufnahme notwendigen Kontaktinformationen bei der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg gemäß Punkt 8 der Patienteninformation zu erfordern, ohne dass Sie dabei von notwendigerweise von der Bereitstellung Ihrer Gesundheitsdaten zurücktreten müssen.

 Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg	Einwilligungserklärung für Patient*innen	Seite 3 von 3
	Marker gesunden Alterns Studienleitung: Prof. Dr. med. Tino Prell	

Ich habe die Patienteninformation zur Nutzung der Behandlungsdaten für Forschungszwecke gelesen und hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen. Ich weiß, dass meine Teilnahme freiwillig ist und ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, ohne dass mir daraus irgendwelche Nachteile entstehen. Der Widerruf kann schriftlich, per Fax oder als E-Mail erfolgen (weitere Informationen erhalten Sie von der angegebenen Kontaktstelle der Klinik für Altersmedizin am Universitätsklinikum Halle, siehe Punkt 8 in den Patienteninformationen).

Ich wurde über die Nutzung meiner Patientendaten sowie die damit verbundenen Risiken informiert und erteile im vorgenannten Rahmen meine Einwilligung. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit und alle meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet.

Ort, Datum

Vor- und Nachname Patient/in
(Druckbuchstaben)

Unterschrift Patient/in

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt. Ich bestätige, dass ich den/die Patient/in über Wesen, Bedeutung, Tragweite und mögliche Risiken der Studie aufgeklärt habe und er/sie mit der Teilnahme innerhalb des oben genannten Rahmens einverstanden ist.

Prof. Dr. med. Tino Prell

Vor- und Nachname Arzt/Ärztin
(Druckbuchstaben)



Unterschrift Arzt/Ärztin