

PATIENTENERKLÄRUNG

zur Mitwirkung an Forschungsvorhaben auf der Basis personenbezogener Daten des Krebsregisters Schleswig-Holstein (nach § 10 Krebsregistergesetz Schleswig-Holstein KRG SH)

Vor- und Nachname der Patientin / des Patienten

geboren am

wohnhaft in (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

Ggf. Patienten-Identifikations-Nr. der Klinik/Praxis

Meine Ärztin/mein Arzt hat mich über die Meldung meiner Krebserkrankung an das Krebsregister Schleswig-Holstein sowie mein Widerspruchsrecht gegen die dauerhafte Speicherung meiner Identitätsdaten informiert. Des Weiteren hat sie/er mir die Bedeutung meiner Mitwirkung an Forschungsvorhaben erklärt.

Hiermit stimme ich der Mitwirkung an Forschungsvorhaben (nach § 10 Absatz 2 KRG SH) zu (bitte Zutreffendes ankreuzen):

Ja, das bedeutet (nach § 14 KRG SH):

- ▶ Mit Genehmigung des Gesundheitsministeriums dürfen für ein solches Forschungsvorhaben meine Identitätsdaten und die Daten zu meiner Krebserkrankung zusammengeführt und an die Stelle, die das Forschungsvorhaben durchführt (Studienstelle), übermittelt werden.
- ▶ Die Stelle, die das Forschungsvorhaben durchführt, darf mich für eine schriftliche oder mündliche Befragung kontaktieren. Eine telefonische Befragung ist nicht zulässig.
- ▶ Eine mündliche Befragung wird mindestens drei Wochen vor dem geplanten Termin schriftlich angekündigt. Dabei werde ich über den Zweck des Vorhabens und den Inhalt der Fragen informiert.
- ▶ Sowohl die mündliche als auch die schriftliche Befragung darf nur mit meinem schriftlichen Einverständnis erfolgen. Dieses wird für jedes einzelne Forschungsvorhaben separat bei mir eingefordert.
- ▶ Die Stelle, die das Forschungsvorhaben durchführt, darf die empfangenen Daten nicht an Dritte weitergeben (§ 10 Abs. 5 KRG SH)
- ▶ Ich habe jederzeit die Möglichkeit, meine Zustimmung bei meiner Ärztin/meinem Arzt oder der Vertrauensstelle des Krebsregisters schriftlich ohne Angabe von Gründen zu widerrufen

Nein, ich wünsche keine Mitwirkung an Forschungsvorhaben

Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Information für die Ärztin/den Arzt:

Bitte vermerken Sie die Einwilligung/Ablehnung in Ihrer Meldung an das Krebsregister und nehmen Sie diese Erklärung zu den Patientenunterlagen! Gerne können Sie der Patientin/dem Patienten eine Kopie aushändigen.

Weitere Informationen und Auskünfte erhalten Sie hier:

Vertrauensstelle des Krebsregisters Schleswig-Holstein, bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein,

Tel. 04551 803 852, krebsregister-sh@aecksh.de

(Stand: 26.05.2016)