Patienten - Einverständniserklärung
Integratives Darmzentrum Bonn / Rhein-Sieg

Bei Ihnen wurde leider ein Tumor des Dick- oder Enddarms (Kolon- oder Rektumkarzinom) festgestellt. Ihre Ärztin / Ihr Arzt hat Ihnen die Verhaltensweisen, die nach Feststellung dieses Tumors beachtet werden sollten, erklärt. Sie dienen dazu, Folgeschäden zu verhindern. Man hat Sie informiert, dass Sie Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt, mitteilen sollten, wenn Sie sich ins Ausland begeben oder einen anderen Arzt im Rahmen der Behandlung des Kolon- und Rektumkarzinoms in Anspruch nehmen möchten.

Das „Integrative Darmzentrum Bonn / Rhein-Sieg“ dient der optimalen Patientenbetreuung auf dem Gebiet maligner Erkrankungen des Verdauungstraktes. Ziel ist eine optimierte zeitnahe, nach bestehenden Qualitätsrichtlinien durchgeführte Diagnostik, Behandlung, Betreuung und Nachsorge von Patientinnen / Patienten mit Kolon- und Rektumkarzinom. Durch Bildung einer Versorgungseinheit und eines interdisziplinären Qualitätsnetzes mit Austausch von Daten und Befunden zwischen den Leistungserbringern durch eine datengeschützte Dokumentation soll eine rasche Versorgung gewährleistet werden, die Ihnen ein möglichst beschwerdefreies Leben ermöglichen soll. Dies ist das Ziel aller Mitglieder im Darmzentrum.

Durch Ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Qualitätspartnerschaft im „Integrativen Darmzentrum Bonn / Rhein-Sieg“ stimmen Sie einer zentralen, anonymisierten Erhebung Ihrer Behandlungsdaten zu. Jede Patientin / jeder Patient erhält eine Kode-Nummer, unter der Ihre Daten von den betreuenden Ärztinnen / Ärzten erfasst werden. Diese Nummer wird Ihnen mitgeteilt und Sie erlauben jeder behandelnden Ärztin / Arzt damit den Zugriff und die Einsicht in Ihre Daten sowie die Möglichkeit, neue erhobene Daten zu ergänzen. Für eine optimale Versorgung im Darmzentrum ist dies äußerst wichtig. Die Auswertung dieser anonymisierten Daten dient dem Darmzentrum gleichzeitig dazu, seine Qualität kontinuierlich zu verbessern. Die verschlüsselte Archivierung der Daten erfolgt beim Zentralinstitut der Kassenärztlichen Vereinigung und wird wissenschaftlich begleitet und unterstützt durch ein geeignetes Institut (IOMTECH, Berlin). Ein Bezug zu Ihrer Person ist für das Institut, Kostenträger sowie für jeden weiteren Nutzer dieser Daten ausgeschlossen.

Ihr Recht auf freie Arztwahl bleibt bestehen. Die Teilnahme am „Integrativen Darmzentrum Bonn / Rhein-Sieg“ ist freiwillig. Weder aus der Teilnahme noch aus der Nichtteilnahme entstehen Ihnen Nachteile. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Teilnahme schriftlich zu widerrufen. Ihre Daten werden dann nicht weiter verwendet und bereits aufgenommene Daten werden auf Ihren Wunsch sofort gelöscht. Darüber hinaus werden Ihre Daten am Ende des Projektes gelöscht.

Einverständnis zur Teilnahme an der Qualitätspartnerschaft im Integrativen Darmzentrum Bonn / Rhein-Sieg und Einwilligung zur hiermit verbundenen Datenerhebung und –verarbeitung

Ich habe die Informationen zur Teilnahme- und Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und verstanden. Meine Fragen im Zusammenhang mit der Behandlung des Kolon- und Rektum-karzinoms wurden vom unten genannten Arzt beantwortet.

- Ich wünsche eine Behandlung auf Grund des hier vorgestellten Versorgungskonzeptes im Integrativen Darmzentrum Bonn / Rhein-Sieg.

- Meine Teilnahme ist freiwillig. Die Teilnahmeerklärung kann jederzeit schriftlich von mir widerrufen werden.

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten von den in der Teilnahme- und Daten-schutzerklärung aufgeführten Institutionen erhoben, auf elektronischen oder anderen Datenträgern aufgezeichnet und verarbeitet werden dürfen. Mir ist bekannt, dass personenbezogene Daten, insbesondere medizinische Befunde, über mich erhoben, gespeichert und ausgewertet werden sollen.

- Ich bin damit einverstanden, dass diese Daten anonymisiert zu wissenschaftlichen Zwecken und zur Verbesserung der Qualität des Darmzentrums ausgewertet werden dürfen.

- Ich bin damit einverstanden, dass insoweit die am Integrativen Darmzentrum Bonn / Rhein-Sieg beteiligten Ärztinnen / Ärzte und deren Mitarbeiter / innen von der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB entbunden sind.

_____
Name, Vorname der Patientin / des Patienten

_____	_____
Geburtsdatum	Wohnort, Strasse
_____	_____
Ort / Datum	Unterschrift der Patientin / des Patienten
_____	_____
Ort / Datum	Unterschrift der Ärztin / des Arztes
_____	
Registrierungscode (ZI)	Arztstempel: