

Name, Vorname: _____

Pflegeheim: _____

Einwilligungs- und Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung:

Das Merkblatt zum Datenschutz im Rahmen von CoCare habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Die Studie hält alle Bestimmungen des Datenschutzes ein. Das Merkblatt enthält alle Informationen über die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen von CoCare. Es zeigt detailliert auf, welche Daten zu welchem Zweck von wem erhoben, gespeichert und genutzt werden und informiert mich über meine Rechte und die Datenlöschung.

Ich bin damit einverstanden, dass

- meine personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten für die Umsetzung dieses Projektes erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.
- meine für die Abrechnung notwendigen Daten an die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg und an meine Krankenkasse weitergegeben werden.
- meine medizinischen Behandlungsdaten, Diagnosen, Befunde und der Therapieplan in einer gemeinsamen elektronischen Dokumentation von teilnehmenden Ärzten und Pflegekräften unter Beachtung des Datenschutzes dokumentiert werden.
- meine Daten aus der gemeinsamen elektronischen Dokumentation aus dem Zeitraum 01.01.2018 bis 30.09.2020 und die Abrechnungsdaten meiner Krankenkasse zu stationären Aufenthalten, ambulanten Arztkontakten, Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnungsdaten und zu Krankentransporten aus dem Zeitraum 01.01.2017 bis 30.09.2019 gemäß den Datenschutzgesetzen pseudonymisiert an die wissenschaftliche Einrichtung des Universitätsklinikums Freiburg – Sektion für Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung – zum ausschließlichen Zweck der Forschung weitergeleitet werden. Die wissenschaftliche Einrichtung kann nicht auf meine Person zurückschließen. Es erfolgt keine Weiterleitung an Dritte und keine Zweckentfremdung.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme freiwillig ist und ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Dadurch entstehen mir keine Nachteile. Im Falle eines Widerrufs scheidet ich als Projektteilnehmer aus CoCare aus und die bereits erhobenen Daten werden gelöscht.

Im Rahmen von CoCare finden durch SEVERA vereinzelt auch schriftliche oder persönliche Teilnehmerbefragungen statt. Meine Teilnahme hieran ist freiwillig. Hierfür erhalte ich weitere Informationen und eine separate Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

Einwilligungs- und Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung

Datum, Unterschrift des Projektteilnehmers oder des Betreuers bzw. Bevollmächtigten (zusätzlich Name in Druckbuchstaben)

Datum, Unterschrift Hausarzt (mit BSNR oder LANR)

Name, Vorname: _____

Pflegeheim: _____

Einwilligungs- und Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung:

Das Merkblatt zum Datenschutz im Rahmen von CoCare habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Die Studie hält alle Bestimmungen des Datenschutzes ein. Das Merkblatt enthält alle Informationen über die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen von CoCare. Es zeigt detailliert auf, welche Daten zu welchem Zweck von wem erhoben, gespeichert und genutzt werden und informiert mich über meine Rechte und die Datenlöschung.

Ich bin damit einverstanden, dass

- meine personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten für die Umsetzung dieses Projektes erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.
- meine für die Abrechnung notwendigen Daten an die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg und an meine Krankenkasse weitergegeben werden.
- meine medizinischen Behandlungsdaten, Diagnosen, Befunde und der Therapieplan in einer gemeinsamen elektronischen Dokumentation von teilnehmenden Ärzten und Pflegekräften unter Beachtung des Datenschutzes dokumentiert werden.
- meine Daten aus der gemeinsamen elektronischen Dokumentation aus dem Zeitraum 01.01.2018 bis 30.09.2020 und die Abrechnungsdaten meiner Krankenkasse zu stationären Aufenthalten, ambulanten Arztkontakten, Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnungsdaten und zu Krankentransporten aus dem Zeitraum 01.01.2017 bis 30.09.2019 gemäß den Datenschutzgesetzen pseudonymisiert an die wissenschaftliche Einrichtung des Universitätsklinikums Freiburg – Sektion für Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung – zum ausschließlichen Zweck der Forschung weitergeleitet werden. Die wissenschaftliche Einrichtung kann nicht auf meine Person zurückschließen. Es erfolgt keine Weiterleitung an Dritte und keine Zweckentfremdung.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme freiwillig ist und ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Dadurch entstehen mir keine Nachteile. Im Falle eines Widerrufs scheidet ich als Projektteilnehmer aus CoCare aus und die bereits erhobenen Daten werden gelöscht.

Im Rahmen von CoCare finden durch SEVERA vereinzelt auch schriftliche oder persönliche Teilnehmerbefragungen statt. Meine Teilnahme hieran ist freiwillig. Hierfür erhalte ich weitere Informationen und eine separate Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

Einwilligungs- und Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung

Datum, Unterschrift des Projektteilnehmers oder des Betreuers bzw. Bevollmächtigten (zusätzlich Name in Druckbuchstaben)

Datum, Unterschrift Hausarzt (mit BSNR oder LANR)

Name, Vorname: _____

Pflegeheim: _____

Einwilligungs- und Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung:

Das Merkblatt zum Datenschutz im Rahmen von CoCare habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Die Studie hält alle Bestimmungen des Datenschutzes ein. Das Merkblatt enthält alle Informationen über die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen von CoCare. Es zeigt detailliert auf, welche Daten zu welchem Zweck von wem erhoben, gespeichert und genutzt werden und informiert mich über meine Rechte und die Datenlöschung.

Ich bin damit einverstanden, dass

- meine personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten für die Umsetzung dieses Projektes erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.
- meine für die Abrechnung notwendigen Daten an die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg und an meine Krankenkasse weitergegeben werden.
- meine medizinischen Behandlungsdaten, Diagnosen, Befunde und der Therapieplan in einer gemeinsamen elektronischen Dokumentation von teilnehmenden Ärzten und Pflegekräften unter Beachtung des Datenschutzes dokumentiert werden.
- meine Daten aus der gemeinsamen elektronischen Dokumentation aus dem Zeitraum 01.01.2018 bis 30.09.2020 und die Abrechnungsdaten meiner Krankenkasse zu stationären Aufenthalten, ambulanten Arztkontakten, Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnungsdaten und zu Krankentransporten aus dem Zeitraum 01.01.2017 bis 30.09.2019 gemäß den Datenschutzgesetzen pseudonymisiert an die wissenschaftliche Einrichtung des Universitätsklinikums Freiburg – Sektion für Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung – zum ausschließlichen Zweck der Forschung weitergeleitet werden. Die wissenschaftliche Einrichtung kann nicht auf meine Person zurückschließen. Es erfolgt keine Weiterleitung an Dritte und keine Zweckentfremdung.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme freiwillig ist und ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Dadurch entstehen mir keine Nachteile. Im Falle eines Widerrufs scheidet ich als Projektteilnehmer aus CoCare aus und die bereits erhobenen Daten werden gelöscht.

Im Rahmen von CoCare finden durch SEVERA vereinzelt auch schriftliche oder persönliche Teilnehmerbefragungen statt. Meine Teilnahme hieran ist freiwillig. Hierfür erhalte ich weitere Informationen und eine separate Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

Einwilligungs- und Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung

Datum, Unterschrift des Projektteilnehmers oder des Betreuers bzw. Bevollmächtigten (zusätzlich Name in Druckbuchstaben)

Datum, Unterschrift Hausarzt (mit BSNR oder LANR)

Name, Vorname: _____

Pflegeheim: _____

Einwilligungs- und Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung:

Das Merkblatt zum Datenschutz im Rahmen von CoCare habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Die Studie hält alle Bestimmungen des Datenschutzes ein. Das Merkblatt enthält alle Informationen über die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen von CoCare. Es zeigt detailliert auf, welche Daten zu welchem Zweck von wem erhoben, gespeichert und genutzt werden und informiert mich über meine Rechte und die Datenlöschung.

Ich bin damit einverstanden, dass

- meine personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten für die Umsetzung dieses Projektes erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.
- meine für die Abrechnung notwendigen Daten an die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg und an meine Krankenkasse weitergegeben werden.
- meine medizinischen Behandlungsdaten, Diagnosen, Befunde und der Therapieplan in einer gemeinsamen elektronischen Dokumentation von teilnehmenden Ärzten und Pflegekräften unter Beachtung des Datenschutzes dokumentiert werden.
- meine Daten aus der gemeinsamen elektronischen Dokumentation aus dem Zeitraum 01.01.2018 bis 30.09.2020 und die Abrechnungsdaten meiner Krankenkasse zu stationären Aufenthalten, ambulanten Arztkontakten, Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnungsdaten und zu Krankentransporten aus dem Zeitraum 01.01.2017 bis 30.09.2019 gemäß den Datenschutzgesetzen pseudonymisiert an die wissenschaftliche Einrichtung des Universitätsklinikums Freiburg – Sektion für Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung – zum ausschließlichen Zweck der Forschung weitergeleitet werden. Die wissenschaftliche Einrichtung kann nicht auf meine Person zurückschließen. Es erfolgt keine Weiterleitung an Dritte und keine Zweckentfremdung.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme freiwillig ist und ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Dadurch entstehen mir keine Nachteile. Im Falle eines Widerrufs scheidet ich als Projektteilnehmer aus CoCare aus und die bereits erhobenen Daten werden gelöscht.

Im Rahmen von CoCare finden durch SEVERA vereinzelt auch schriftliche oder persönliche Teilnehmerbefragungen statt. Meine Teilnahme hieran ist freiwillig. Hierfür erhalte ich weitere Informationen und eine separate Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

Einwilligungs- und Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung

Datum, Unterschrift des Projektteilnehmers oder des Betreuers bzw. Bevollmächtigten (zusätzlich Name in Druckbuchstaben)

Datum, Unterschrift Hausarzt (mit BSNR oder LANR)