

Arzt- oder Pflegedienstadresse:



CJ GmbH & Co.KG
Leipziger Str. 242
34123 Kassel

Tel. 0561 766855 0
Fax 0561 766855 99
E-Mail info@medicalnetworks.de
www.medicalnetworks.de

**Einverständniserklärung zum
Datenschutz des Patienten**

medicalnetworks CJ Verwaltungs GmbH
GF Simone Schubert-Jaworski
HRB 13718
USt-IdNr. DE240810327

Im Rahmen der klinischen Prüfung werden meine Daten / Krankheitsdaten einschließlich der Daten über Geschlecht, Alter, Gewicht und Körpergröße anonymisiert (ohne Namensnennung) aufgezeichnet und zum Zwecke der wissenschaftlichen Auswertung der Studie dem Auftraggeber der Studie zur Verfügung gestellt.

Zur Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung der klinischen Prüfung bin ich damit einverstanden, dass der für meinen Prüfarzt autorisierte Vertreter des Auftraggebers der Studie sowie inländische Überwachungsbehörden Einblick in meine beim Prüfarzt vorhandenen, personenbezogenen Daten / Krankheitsdaten nehmen darf, soweit sie für die geplante Studie relevant sind.

Der autorisierte Vertreter des Auftraggebers der Studie wird für diese Aufgabe speziell ausgebildet. Er überwacht die ordnungsgemäße Durchführung der Studie, insbesondere die ordnungsgemäße Erhebung der Daten sowie deren Zuordnung zu bestimmten Patienten / Patientinnen. Der autorisierte Vertreter hat sich in einer schriftlichen Erklärung zum Stillschweigen auch gegenüber dem Auftraggeber der Studie verpflichtet, er unterliegt auch der Verschwiegenheitspflicht nach §40 Bundesdatenschutzgesetz. Er darf meine Daten / Krankheitsdaten nur in anonymisierter Form weitergeben und keine Kopien oder Abschriften von meinen Krankenunterlagen herstellen.

Alternativ bin ich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten / Krankheitsdaten im Wege der Interviewtechnik überprüft werden, d.h. der autorisierte Vertreter befragt den Prüfarzt und nimmt somit nicht Einblick in meine Daten / Krankheitsdaten.

Im Falle von Veröffentlichungen der Studienergebnisse bleibt die Vertraulichkeit meiner persönlichen Daten ebenfalls gewährleistet.

Die Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes ist in vollem Umfang sichergestellt und durch uns garantiert.

Den Inhalt der vorliegenden Einwilligungserklärung habe ich verstanden; mit der vorstehend geschilderten Vorgehensweise bin ich einverstanden.

Ich bevollmächtige hiermit die medicalnetworks CJ GmbH & Co.KG, die Möglichkeit einer Kostenübernahme mit meiner Krankenkasse zu klären.

Name des Patienten in Druckbuchstaben

Geburtsdatum

Ort / Datum

Unterschrift des Patienten