

Einverständniserklärung zur Teilnahme am Projekt „Schlaganfall-Kinderlotse in Beratungszentren“

Patientin / Patient

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Ermöglichung Ihrer Teilnahme am **Projekt „Schlaganfall-Kinderlotse in Beratungszentren“** bitten wir Sie um Unterzeichnung dieser Einverständniserklärung.

Ich wurde von einem Schlaganfall-Kinderlotsen umfassend über Inhalt, Zielsetzung und Ablauf des oben genannten Projektes informiert. Ich habe das Informationsschreiben gelesen und verstanden und hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen.

Ich bin über die im Rahmen des Projektes vorgesehenen Maßnahmen sowie über den möglichen Nutzen informiert worden. Mir war ausreichend Zeit gegeben, mich für oder gegen eine Teilnahme zu entscheiden. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme freiwillig ist.

Ich wurde darüber informiert, dass ich meine Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Der Widerruf gilt ab dem Zeitpunkt seiner Erklärung und hat keine rückwirkende Wirkung. Die bis dahin erfolgte Verarbeitung meiner Daten bleibt rechtmäßig. Eine weitere Teilnahme am Projekt **„Schlaganfall-Kinderlotse in Beratungszentren“** ist nach einem Widerruf nur nach erneuter Einschreibung möglich.

Sollten Sie als Eltern Ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkommen oder über einen längeren Zeitraum nicht erreichbar sein, gehen wir davon aus, dass kein weiterer Bedarf besteht. In diesem Fall würden wir Sie vorab informieren und die Beratungsleistung einstellen.

Mir ist bekannt, dass meine personenbezogenen Daten sowie meine gesundheitsbezogenen Daten auf einer elektronischen Projektplattform gespeichert werden. Darüber hinaus ist mir bekannt, dass medizinische Daten im Rahmen wissenschaftlicher Auswertungen ausschließlich in anonymisierter Form als Gruppenauswertungen verwendet werden. Hierzu erkläre ich mit meiner Unterschrift mein Einverständnis.

Ich habe eine Kopie des Informationsschreibens sowie dieser Einverständniserklärung erhalten und erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an dem Projekt.

Datenschutz

Sie haben das gesetzliche Recht auf Auskunft über Ihre gespeicherten Daten, auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit sowie Widerspruch.

Verantwortlich für die Verarbeitung Ihrer Daten ist das **Evangelische Klinikum Bethel** oder die **Schön Klinik Vogtareuth**.

Bei Fragen zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz im Zusammenhang mit Ihrer Teilnahme können Sie sich an folgende Stelle wenden:

- Schön Klinik Vogtareuth
Datenschutzbeauftragter der Schön Klinik Gruppe
Herr Fabian Steffen
Balanstraße 71a, 81541 München
Mail: datenschutz@schoen-klinik.de
- Evangelisches Klinikum Bethel
Örtlicher Beauftragter für den Datenschutz
c/o Stabsstelle Recht / Versicherungen
v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel
Königsweg 1, 33617 Bielefeld
Tel.: 0521 144-3069

Weitergehende Informationen zum Datenschutz entnehmen Sie bitte der „Patienteninformation zum Datenschutz“, die Ihnen auf Wunsch von Ihrer Lotsin bzw. Ihrem Lotsen ausgehändigt wird.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patientin / Patient

(bei Minderjährigen: Unterschrift der/des Sorgeberechtigten)

Unterschrift Lotsin / Lotse