

Einwilligungserklärung – Eltern/Sorgeberechtigte

Einwilligung in die Nutzung von Patientendaten und Krankenkassendaten für medizinische Forschungszwecke

1. Erhebung, Verarbeitung und wissenschaftliche Nutzung der Patientendaten meines Kindes, wie in der Elterninformation beschrieben; dies umfasst

1.1

die Verarbeitung und Nutzung der Patientendaten meines Kindes für die medizinische Forschung ausschließlich wie in der Information beschrieben und mit getrennter Verwaltung des Namens und anderer direkt identifizierender Daten (Codierung). Unter der Adresse www.medizininformatik-initiative.de/datennutzung kann ich mich für einen E-Mail-Verteiler registrieren, der per E-Mail über alle neuen Studien, die mit Patientendaten durchgeführt werden, vor deren Durchführung informiert (siehe Punkte 1.1, 1.2 und 1.3 der Elterninformation).

1.2

die wissenschaftliche Analyse und Nutzung der codierten Daten meines Kindes durch Dritte wie z.B. durch andere Universitäten/Institute/forschende Unternehmen; dies kann auch eine Weitergabe für Forschungsprojekte im Ausland umfassen, wenn in diesen europäisches Datenschutzrecht gilt oder die Europäische Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt hat. An einem etwaigen kommerziellen Nutzen aus der Forschung werden ich oder mein Kind nicht beteiligt. Vor einer Weitergabe an Forscher außerhalb meiner behandelnden Einrichtung erfolgt zudem eine weitere Ersetzung des internen Kennzeichens durch eine neue Zeichenkombination.

1.3

die Möglichkeit einer Zusammenführung der Patientendaten meines Kindes mit Daten in Datenbanken anderer Forschungspartner. **Voraussetzung ist, dass ich dieser Nutzung bei den entsprechenden Forschungspartnern auch zugestimmt habe oder diese gesetzlich zulässig ist.**

Ich willige ein in die Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und wissenschaftliche Nutzung der **Patientendaten meines Kindes** wie in Punkt 1.1 bis 1.3 der Einwilligungserklärung und Punkt 1 der Elterninformation beschrieben.

☐ ja ☐ nein

Ich willige ein in die Verarbeitung und wissenschaftliche Nutzung der **Patientendaten meines Kindes, die im Rahmen früherer Behandlungen** erhoben wurden, wie in Punkt 1.1 bis 1.3 der Einwilligungserklärung und Punkt 1 der Elterninformation beschrieben.

☐ ja ☐ nein

Meine Einwilligung umfasst auch die Übermittlung der **Patientendaten meines Kindes** in Länder, bei denen von der Europäischen Kommission kein angemessenes Datenschutzniveau festgestellt wurde. **Über die möglichen Risiken einer solchen Übermittlung bin ich aufgeklärt worden** (Punkt 1.3 in der Elterninformation).

☐ ja ☐ nein

Patientenaufkleber

2. Übertragung und wissenschaftliche Nutzung von Krankenkassendaten meines Kindes

Hiermit ermächtige ich die Krankenkasse meines Kindes auf Anforderung durch das Universitätsklinikum Bonn Daten über von meinem Kind in Anspruch genommene ärztliche Leistungen in der ambulanten Versorgung und bei stationären Aufenthalten, über verordnete Heil- und Hilfsmittel sowie Arzneimittel und Angaben zum Bereich Pflege an das Universitätsklinikum Bonn so wie in der Elterninformation beschrieben, zu übermitteln, und zwar:

2.1

Einmalig rückwirkend für die Daten der vergangenen 5 Kalenderjahre. Mit der dafür nötigen Übermittlung der Krankenversicherungs-Nummer meines Kindes an Universitätsklinikum Bonn bin ich einverstanden.

☐ ja ☐ nein

2.2

Für Daten ab dem Datum meiner Unterschrift über einen Zeitraum von 5 Jahren. Mit der dafür nötigen Übermittlung der Krankenversicherungs-Nummer meines Kindes an Universitätsklinikum Bonn bin ich einverstanden

☐ ja ☐ nein

3. Gewinnung, Lagerung und wissenschaftliche Nutzung der Bioproben (Gewebe und Körperflüssigkeiten) meines Kindes

Entfällt

4. Möglichkeit einer erneuten Kontaktaufnahme

4.1

Ich willige ein, dass ich vom Universitätsklinikum Bonn erneut kontaktiert werden darf, um gegebenenfalls zusätzliche für wissenschaftliche Fragen relevante Informationen oder Bioproben meines Kindes zur Verfügung zu stellen, um über neue Forschungsvorhaben/Studien informiert zu werden, und/oder um meine Einwilligung in die Verknüpfung der Patientendaten meines Kindes mit medizinischen Informationen aus anderen Datenbanken einzuholen (siehe Punkt 4.1 der Elterninformation).

☐ ja ☐ nein

4.2

Ich willige ein, dass ich vom Universitätsklinikum Bonn wieder kontaktiert werden darf, um über medizinische Zusatzbefunde informiert zu werden (siehe Punkt 4.2 der Elterninformation).

☐ ja ☐ nein

Patientenaufkleber

5. Geltungsdauer meiner Einwilligung

Meine Einwilligung in die Erhebung von Patientendaten und Gewinnung von Bioproben meines Kindes bei Aufenthalt im Universitätsklinikum Bonn gilt für einen Zeitraum von fünf Jahren ab meiner Einwilligungserklärung. Sollte mein Kind nach Ablauf von fünf Jahren wieder im Universitätsklinikum Bonn vorstellig werden, können ich und mein Kind erneut eine Einwilligung bzw. Zustimmung erteilen. Die Nutzung der von meinem Kind erhobenen Daten und gewonnenen Bioproben bleibt über diesen Zeitraum hinaus zulässig (Punkt 5 der Elterninformation). Dies geschieht so lange, bis mein Kind volljährig geworden ist, und dann selbst über die Nutzung seiner Daten entscheiden kann.

6. Widerrufsrecht

Meine Einwilligung ist **freiwillig!**

Ich oder mein Kind können die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen beim Universitätsklinikum Bonn vollständig oder in Teilen widerrufen, ohne dass mir oder meinem Kind irgendwelche Nachteile entstehen.

Beim Widerruf werden die für die Forschung verbliebenen Bioproben vernichtet und die auf Grundlage dieser Einwilligung gespeicherten Daten gelöscht oder anonymisiert, sofern dies gesetzlich zulässig ist. Patientendaten aus bereits durchgeführten Analysen können nicht mehr entfernt werden (Punkt 6 der Elterninformation).

Ich wurde über die Nutzung der Patientendaten und Krankenkassendaten und Bioproben meines Kindes sowie die damit verbundenen Risiken informiert und erteile im vorgenannten Rahmen meine Einwilligung. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit und alle meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet.

Ich wurde darüber informiert, dass ich ein Exemplar der Elterninformation und eine Kopie der unterschriebenen Einwilligungserklärung erhalten werde.

Patientenaufkleber

Sofern zwei Personen sorgeberechtigt sind, sollte die Einwilligung von beiden Sorgeberechtigten erfolgen.

Alternativ zur Unterschrift des 2. Sorgeberechtigten kann nachfolgende Option gewählt werden:

☐ Ich versichere, dass ich die einzige sorgeberechtigte Person bin oder meine Einwilligung dem Willen aller weiteren Sorgeberechtigten entspricht.

Vor- und Nachname 1. Sorgeberechtigter
(Druckbuchstabe)

Unterschrift 1. Sorgeberechtigter

Ort, Datum

Vor- und Nachname 2. Sorgeberechtigter
(Druckbuchstabe)

Unterschrift 2. Sorgeberechtigter

Ort, Datum

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung der Eltern/Sorgeberechtigten des minderjährigen Person eingeholt.

Vor- und Nachname Mitarbeiter/in
(Druckbuchstabe)

Unterschrift Mitarbeiter/in

Ort, Datum

Mitgeltend ist die Information und Zustimmung

- ☐ Für Minderjährige (7 – 11 Jahre)
- ☐ Für Minderjährige (12 - 17 Jahre)
- ☐ Für Erwachsene
- ☐ Es wurde keine Zustimmung der minderjährigen Person eingeholt, weil deren Einbeziehung (durch Informieren und Fragen nach Zustimmung) nicht möglich war.

Angabe zu der minderjährigen Person

Name, Vorname _____

Geb.-Datum _____

Patientenaufkleber