

Einwilligungserklärung der Patientin / des Patienten* in die Datenerfassung und -speicherung des NET-Registers

**ein Exemplar verbleibt bei der/dem behandelnde/n Ärztin / Arzt*

Ich _____ geboren am _____
Name, Vorname Datum

erkläre mich freiwillig damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten, wie Geschlecht, Geburtsjahr, Gewicht und Körpergröße, sowie meine krankheitsbezogenen Daten in pseudonymisierter Form, d.h. ohne Nennung personenbezogener Daten an das

Deutsche Register neuroendokrine Tumore (NET-Register)

übermittelt und dort in elektronischer nicht personenbeziehbarer Form gespeichert werden. Auch dem Datentransfer meiner anonymisierten Daten in das ENETS-Registry stimme ich zu.

Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass vom Projektleiter der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) autorisierte und vertraglich gebundene Mitarbeiter der Firma Lohmann & Birkner Health Care Consulting GmbH zur Überprüfung der ordnungsgemäßen Dokumentation Einsicht in meine bei der / dem behandelnden Ärztin / Arzt vorhandenen persönlichen Daten nehmen dürfen, soweit dies für die Qualitätssicherung des Registers notwendig ist. Für diese Belange entbinde ich die/den behandelnde/n Ärztin / Arzt gegenüber diesen Monitoren von ihrer/seiner gesetzlichen Schweigepflicht.

Ich bin von Frau / Herrn Dr. _____ über den Inhalt, die Vorgehensweise inklusive der Datenschutzmaßnahmen sowie die Ziele des NET-Registers bei der DGE und meine Rechte (DGSVO Kapitel III: Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung personenbezogener Daten und das Widerspruchsrecht) ausreichend aufgeklärt worden. Die mir mitgeteilten Informationen habe ich verstanden und ich hatte ausreichend Zeit, mich für die freiwillige Teilnahme an dem Register zu entscheiden. Mir wurde zugesichert, dass ich jederzeit ohne Angaben von Gründen meine Einwilligung gegenüber meiner/m behandelnden Ärztin/Arzt widerrufen kann, ohne dass mir hieraus Nachteile für meine weitere Behandlung entstehen. Im Falle eines Widerrufs kann ich entscheiden, ob meine bereits erhobenen Daten gelöscht werden müssen oder in anonymisierter Form weiterverwendet werden dürfen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung in der Version vom 18.02.2020 habe ich erhalten.

- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen des Register-Projektes Mitarbeiter des Behandlungszentrums **Kontakt (schriftlich/telefonisch) zu mir** aufnehmen.
- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen des Register-Projektes Mitarbeiter des Behandlungszentrums **Kontakt mit meiner Hausarztpraxis** aufnehmen.

Ort, Datum Unterschrift Patient/-in

Hiermit bestätige ich, dass ich die Patientin / den Patienten über den Zweck des Registers und ihre / seine Rechte aufgeklärt und alle Fragen beantwortet habe.

Ort, Datum Unterschrift Ärztin/Arzt