

Teilnahme- und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung
zum Projekt *HandinHand*
für Patienten mit einer gesetzlich bestellten Betreuung oder mit
einem Bevollmächtigten

Name des Arztes	
Postanschrift	
Telefon	
Arzt-Nr.	
Betriebsstätten-Nr.	
Name des Patienten	
Geburtsdatum	
Postanschrift	
Telefon	
Versicherten-Status	
Krankenkasse	
Versicherten-Nr.	
Kostenträger-Kennung	
Name des Betreuers oder des Bevollmächtigten	
Postanschrift	
Telefon	
Betreuungsdokument oder Vollmacht (ist beizufügen)	

1. Teilnahme- und datenschutzrechtlicher Einwilligungserklärung zum *Projekt HandinHand*

Hiermit erkläre ich, dass

- ich mit der Teilnahme der oben genannten Patientin / des oben genannten Patienten an dem Projekt *HandinHand* einverstanden bin und dieser Patient die Leistungen ihrer / seiner Hausärztin / ihres / seines Hausarztes, des Pflegeexperten-Centers sowie der Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten in Anspruch nimmt. Die Inanspruchnahme in Notfällen bleibt unberührt.
- mich die Hausärztin / der Hausarzt dieses Patienten ausführlich über die Inhalte, die Versorgungsziele des Projekts *HandinHand* sowie über die Aufgabenteilung zwischen der Ärztin / dem Arzt und dem Pflegeexperten-Center sowie deren Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten informiert hat. Ich habe die Patienteninformation für Betreuer über das *Projekt HandinHand* erhalten und verstanden.

- diese Patientin / dieser Patient über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten an dem Projekt teilnimmt. Nach Ablauf von 6 Monaten kann ihre / seine Teilnahme bis zum Ende des Projekts fortgeführt werden, sofern ich das möchte, ihre / seine Hausärztin / ihr / sein Hausarzt einverstanden ist und im Pflegeexperten-Center die dazu erforderlichen organisatorischen Voraussetzungen vorliegen. Das Recht, die Projektteilnahme jederzeit, somit auch vor Ablauf von 6 Monaten, abzubrechen bleibt unberührt.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an dem Projekt *HandinHand* freiwillig ist und ich jederzeit, auch ohne Angabe von Gründen, die Teilnahme der Patientin / des Patienten jederzeit beenden kann, ohne dass der Patientin / dem Patienten dadurch Nachteile entstehen,
- diese Beendigung der Teilnahme auch mündlich beim teilnehmenden Arzt oder schriftlich erfolgen kann,
- die Teilnahme mit dem Tag dieser Einwilligung beginnt,
- sich die Patientin / der Patient auch unabhängig von den Besuchen durch Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten jederzeit unmittelbar an ihre /seine Hausärztin / ihren / seinen Hausarzt wenden kann,
- eine wissenschaftliche Begleitforschung durch die Marienhaus Holding GmbH, das RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) in Essen, die Universität zu Lübeck, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, die Universität zu Köln, Pflegewissenschaftliche Abteilung, und die Philosophisch-Theologische Hochschule in Vallendar (PTHV) stattfindet,
- über dieses Projekt Publikationen erstellt werden und in der Presse und Öffentlichkeit darüber berichtet wird,
- nach Projektabschluss ein wissenschaftlicher Abschlussbericht vorgesehen ist, über den sich die Patientin / der Patient bei der Hausärztin / dem Hausarzt der Patientin / des Patienten informieren kann,
- die im Rahmen des Projekts *HandinHand* erhobenen und gespeicherten Daten der Patientin / des Patienten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V.m. § 84 SGB X) bei ihrem / seinem Ausscheiden aus dem Projekt *HandinHand* gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahme am *Projekt HandinHand*.
- dass die im Pflegeexperten-Center erhobenen personenbezogenen medizinischen Daten der Patientin / des Patienten vor ihrer Löschung vom Betreiber des Pflegeexperten-Centers, der Marienhaus Holding GmbH, maximal 30 Jahre lang aufbewahrt werden.

Ja, ich möchte, dass die Patientin / der Patient an dem Projekt *HandinHand* teilnimmt und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Widerrufsbelehrung zur Projektteilnahme *HandinHand*

Sie können diese Teilnahmeerklärung jederzeit nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich (z. B. Brief, Fax, E-Mail) oder mündlich beim teilnehmenden Arzt der Patientin / des Patienten widerrufen.

Ja, ich habe die Widerrufsbelehrung erhalten und zur Kenntnis genommen.

3. Einwilligung zur Datenverarbeitung im Projekt *HandinHand*

Ich willige in die in der „Information zum Datenschutz für Betreuer und für Bevollmächtigte“ beschriebene Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung der Daten der Patientin / des Patienten im Rahmen der Teilnahme an dem *Projekt HandinHand* durch ihre / seine Krankenkasse, durch das Pflegeexperten-Center, oder im Rahmen des Projekts *HandinHand* durch berechnigte Dritte ausdrücklich ein.

Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz für Betreuer und für Bevollmächtigte“ erhalten und diese zur Kenntnis genommen und verstanden. Ich bin über die Rechte der Patientin / des Patienten belehrt worden und willige in die in der Information beschriebene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer / seiner Behandlungsdaten im Rahmen ihrer / seiner Teilnahme an dem *Projekt HandinHand* ein.

4. Einwilligung zum Befundaustausch mit anderen Behandlern

Ich willige in den Befundaustausch mit anderen Behandlern durch das Pflegeexperten-Center im Rahmen des Projekts *HandinHand* ausdrücklich ein.

5. Widerrufsbelehrung zur Datenerhebung und Datenverarbeitung

Sie können dieses Einverständnis ohne für die Patientin / den Patienten nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft mündlich gegenüber dem teilnehmenden Arzt oder schriftlich widerrufen. Dieser Widerruf berührt jedoch nicht die Rechtmäßigkeit der bis dahin auf der Grundlage Ihrer Einwilligung erfolgten Datenverarbeitung.

Ihre Widerrufserklärung, die zum Ausscheiden der Patientin / des Patienten aus dem *Projekt HandinHand* führt, richten Sie bitte mündlich an den teilnehmenden Arzt oder per E-Mail, per Fax oder per Post an

Pflegeexperten-Center der Marienhaus Holding GmbH

Heerstraße 109, Haus 9 (Sprengnetter-Center)

53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

Telefon: 02641-2077-955

Fax: 02641-2077-957

Email: pflegeexperten-center@marienhaus.de

Ja, ich habe die Widerrufsbelehrung erhalten und zur Kenntnis genommen.

Mit meiner Unterschrift erteile ich meine Einwilligung zur Datenverarbeitung wie in Nr. 3 und Nr. 4 beschrieben und bestätige, dass ich über die jederzeitige Möglichkeit des Widerrufs dieser Einwilligung wie in Nr. 5 beschrieben in Kenntnis gesetzt wurde.

Datum

Unterschrift des
gesetzlichen Betreuers
oder des
Bevollmächtigten
