



Medikation – aber sicher!

im Rahmen des Projekts *Informationsinfrastruktur als Lernprozess*

Prof. Dr. Kai Reimers

Lehr- und Forschungsgebiet Wirtschaftsinformatik / RWTH Aachen

Templergraben 64

52062 Aachen

Tel: 0241 80 921 94

E-Mail: reimers@wi.rwth-aachen.de

Einwilligungserklärung für gesetzliche Vertreter zur Teilnahme des von ihnen vertretenen demenzerkrankten Patienten und zur Verwendung von Patientendaten im Rahmen der wissenschaftlichen Untersuchung und Hilfestellung ‚Medikation – aber sicher!‘

Sehr geehrte Dame!

Sehr geehrter Herr!

Die Teilnahme des von Ihnen vertretenen Patienten an der Untersuchung setzt voraus, dass die folgende Einwilligungserklärung freiwillig abgegeben wird.

Ohne Ihre Einwilligung ist eine Teilnahme an der Untersuchung nicht möglich.

Eine Beschreibung der Untersuchung sowie eine Erklärung zum Datenschutz sind dieser Einwilligungserklärung als Anhänge beigefügt.

Die Einwilligung zur Teilnahme umfasst nachfolgende Punkte:

- 1. Ich bin damit einverstanden, dass der von mir vertretene Patient über seinen Alltag Auskunft gibt, sofern er/sie dazu in der Lage ist, um einen Beitrag*



Medikation – aber sicher!

im Rahmen des Projekts *Informationsinfrastruktur als Lernprozess*

dazu zu leisten, die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten an der Arzneimitteltherapie des von mir vertretenen Patienten zu verbessern.

- 2. Der von mir vertretene Patient erklärt sich bereit, einmal pro Monat in einem etwa einstündigen Gespräch über seinen/ihren Alltag zu berichten, insofern er/sie zum Zeitpunkt des Gesprächs dazu in der Lage und willens ist. Alternativ kann der von mir vertretene Patient nach eigener Wahl und im Rahmen seiner/ihrer Möglichkeiten seine/ihre Erfahrungen in Form eines Erfahrungstagebuchs festhalten.*

- 3. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass in dieser Untersuchung auch Gespräche mit den betreuenden Pflegefachkräften, Ärzten, Apothekern und Angehörigen über deren Alltag geführt werden und bin damit einverstanden, dass im Zuge dieser Gespräche auch über den von mir vertretenen Patienten gesprochen wird. Dementsprechend entbinde ich im Namen des von mir vertretenen Patienten für die Durchführung der Untersuchung die behandelnden Ärzte, Apotheker und das Pflegepersonal der Einrichtungen St. Josef und Caritas Heinsberg von ihrer Schweigepflicht gegenüber den in der Datenschutzerklärung genannten Personen.*



Medikation – aber sicher!

im Rahmen des Projekts *Informationsinfrastruktur als Lernprozess*

4. *Ich bin damit einverstanden, dass die in der Datenschutzerklärung genannten Personen Einsicht in die Medikationsdaten des von mir vertretenen Patienten erhalten. Diese Daten sind in den Dokumentationssystemen der behandelnden Ärzte, Apotheker und der Einrichtungen St. Josef und Caritas Heinsberg sowie gegebenenfalls der betreuenden Angehörigen gespeichert.*

5. *Die Teilnahme des von mir vertretenen Patienten an der Untersuchung ist zunächst auf drei Monate begrenzt und erfolgt ganz und gar freiwillig. Insofern ich einer Verlängerung zustimme, entscheide ich auch für welchen Zeitraum diese Verlängerung gilt. Ich wurde darüber informiert, dass die wissenschaftliche Untersuchung und Hilfestellung in einem Zeitraum von maximal drei Jahren durchgeführt wird. Eine Bestätigung für die Verlängerung der Teilnahme des von mir vertretenen Patienten erfolgt schriftlich auf den hierfür vorgesehenen Feldern im letzten Abschnitt dieser Einwilligungserklärung.*

6. *Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass der von mir vertretene Patient innerhalb der ersten drei Monate von der Teilnahme an der Untersuchung zurücktreten kann. Sämtliche über den von mir vertretenen Patienten bis dahin erhobenen Daten werden dann gelöscht. Darüber hinaus kann ich jederzeit die Teilnahme des von mir vertretenen Patienten an der Untersuchung ohne Angabe von Gründen widerrufen.*



Medikation – aber sicher!

im Rahmen des Projekts *Informationsinfrastruktur als Lernprozess*

7. *Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass bei Widerruf der Einwilligung zur Teilnahme des von mir vertretenen Patienten an der Untersuchung aufgrund der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht (mindestens 10 Jahre) keine Löschung schon gewonnener wissenschaftlich relevanter Daten möglich ist und die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt wird.*
8. *Mit meiner Unterschrift bestätige ich, über Wesen, Bedeutung, Reichweite und Risiken der Teilnahme des von mir vertretenen Patienten an dieser wissenschaftlichen Untersuchung und Hilfestellung mündlich aufgeklärt worden zu sein und für meine Entscheidung genügend Bedenkzeit hatte.*
9. *Ich bestätige ferner im Zuge der Aufklärung jeweils ein Exemplar der nachfolgend aufgeführten Dokumente erhalten zu haben:*
- *Kopie dieser Einwilligungserklärung,*
 - *Information für gesetzliche Vertreter,*
 - *Datenschutzerklärung.*

Ich habe diese Dokumente gelesen, fühle mich ausreichend informiert und habe verstanden, worum es geht. Mir wurde ausreichend Gelegenheit gegeben, Fragen zu stellen, die alle für mich ausreichend beantwortet wurden. Ich hatte genügend Zeit mich zu entscheiden.



Medikation – aber sicher!

im Rahmen des Projekts *Informationsinfrastruktur als Lernprozess*

10. Mit Abgabe dieser Einwilligungserklärung bestätige ich die Bereitschaft des von mir vertretenen Patienten an der wissenschaftlichen Untersuchung und Hilfestellung ‚Medikation – aber sicher!‘ mitzuwirken. Mit meiner Unterschrift bestätige ich meine Einwilligung zu den voran genannten Punkten. Ich habe diese vollständig gelesen und bin damit einverstanden.

Ort, Datum

Patient (Vorname, Name, Geburtsdatum)

Gesetzlicher Vertreter (Vorname, Name, Geburtsdatum)

Unterschrift gesetzlicher Vertreter



Medikation – aber sicher!

im Rahmen des Projekts *Informationsinfrastruktur als Lernprozess*

Von der aufklärenden Person auszufüllen:

11. Ich habe den Patienten mündlich über Wesen, Bedeutung, Reichweite und Risiken der Wissenschaftlichen Untersuchung und Hilfestellung ‚Medikation – aber sicher!‘ aufgeklärt.

Ort, Datum

Aufklärende Person (Vorname, Name, Institution)

Unterschrift



Medikation – aber sicher!

im Rahmen des Projekts *Informationsinfrastruktur als Lernprozess*

Nur bei Verlängerung der Teilnahme der demenzerkrankten Patienten an der Untersuchung durch den gesetzlichen Vertreter auszufüllen:

12. Hiermit verlängere ich die Teilnahme des von mir vertretenen Patienten an der Untersuchung und Hilfestellung ‚Medikation – aber sicher!‘ bis zum _____ (Datum). Ich wurde erneut darüber in Kenntnis gesetzt, dass ich jederzeit die Teilnahme des von mir vertretenen Patienten an der Untersuchung ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Ort, Datum

Patient (Vorname, Name, Geburtsdatum)

Gesetzlicher Vertreter (Vorname, Name, Geburtsdatum)

Unterschrift gesetzlicher Vertreter



Medikation – aber sicher!

im Rahmen des Projekts *Informationsinfrastruktur als Lernprozess*

Nur bei erneuter Verlängerung der Teilnahme der demenzerkrankten Patienten an der Untersuchung durch den gesetzlichen Vertreter auszufüllen:

13. Hiermit verlängere ich die Teilnahme des von mir vertretenen Patienten an der Untersuchung und Hilfestellung ‚Medikation – aber sicher!‘ bis zum _____ (Datum). Ich wurde erneut darüber in Kenntnis gesetzt, dass ich jederzeit die Teilnahme des von mir vertretenen Patienten an der Untersuchung ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Ort, Datum

Patient (Vorname, Name, Geburtsdatum)

Gesetzlicher Vertreter (Vorname, Name, Geburtsdatum)

Unterschrift gesetzlicher Vertreter