



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 Patienten zur Teilnahme und zur Verwendung von Patientendaten im Rahmen der wissenschaftlichen Untersuchung und Hilfestellung ‚Medikation – aber sicher!‘

Sehr geehrte Patientin!

Sehr geehrter Patient!

Ihre Teilnahme an der Untersuchung setzt voraus, dass die folgende Einwilligungserklärung freiwillig abgegeben wird. Ohne Ihre Einwilligung ist Ihre 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 möchte einen Beitrag dazu leisten, die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten an meiner Arzneimitteltherapie zu verbessern, indem ich über meinen Alltag als Patient Auskunft gebe.*



Medikation – aber sicher!

im Rahmen des Projekts *Informationsinfrastruktur als Lernprozess*

2. *Ich erkläre mich damit einverstanden, über meinen Alltag, insofern er meine Arzneimitteltherapie betrifft, einmal pro Monat in einem etwa einstündigen Gespräch zu berichten. Alternativ bin ich nach eigener Wahl damit einverstanden, meine Erfahrungen in Form eines Erfahrungstagebuchs festzuhalten.*

3. *Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass in dieser Untersuchung auch Gespräche mit den mich betreuenden Pflegefachkräften, Ärzten, Apothekern, und meinen Angehörigen über deren Alltag geführt werden und bin damit einverstanden, dass im Zuge dieser Gespräche auch über mich gesprochen wird. Dementsprechend entbinde ich 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.*

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



Medikation – aber sicher!

im Rahmen des Projekts *Informationsinfrastruktur als Lernprozess*

5. *Meine Teilnahme 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 erfolgt schriftlich auf den hierfür vorgesehenen Feldern im letzten Abschnitt dieser Einwilligungserklärung.*

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

7. *Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass bei Widerruf meiner Einwilligung zur Teilnahme 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.*



Medikation – aber sicher!

im Rahmen des Projekts *Informationsinfrastruktur als Lernprozess*

8. *Mit meiner Unterschrift bestätige ich, über Wesen, Bedeutung, Reichweite und Risiken der Teilnahme an der wissenschaftlichen Untersuchung und Hilfestellung ‚Medikation – aber sicher!‘ mündlich aufgeklärt worden zu sein. Für meine Entscheidung hatte ich genügend Bedenkzeit.*

9. *Ich bestätige ferner im Zuge der Aufklärung jeweils ein Exemplar der nachfolgend aufgeführten Dokumente erhalten zu haben:*

- *Kopie dieser Einwilligungserklärung,*
- *Patienteninformationen,*
- *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.

10. *Mit Abgabe dieser Einwilligungserklärung bestätige ich meine Bereitschaft an der wissenschaftlichen Untersuchung und Hilfestellung ‚Medikation – aber sicher!‘ mitzuwirken.*



Medikation – aber sicher!

im Rahmen des Projekts *Informationsinfrastruktur als Lernprozess*

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)

Unterschrift

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 an der Untersuchung durch den Patienten auszufüllen:

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

Ort, Datum

Patient (Vorname, Name, Geburtsdatum)

Unterschrift



Medikation – aber sicher!

im Rahmen des Projekts *Informationsinfrastruktur als Lernprozess*

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

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

Ort, Datum

Patient (Vorname, Name, Geburtsdatum)

Unterschrift