



Einwilligungserklärung

zur Datenverarbeitung für Forschung und Lehre

Die für Ihre Behandlung und die Durchführung des Behandlungsvertrages erforderlichen und notwendigen personenbezogenen Daten (u.a. Name, Anschrift, Telefonnummer) einschließlich bestimmter Gesundheitsdaten wie z.B. Diagnosen, Befunde und Therapien werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben, verarbeitet und genutzt.

Die darüberhinausgehende Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten (einschließlich Gesundheitsdaten), z.B. für Lehr- und Forschungszwecke, bedarf der der Einwilligung durch die betroffene Person.

Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten (Name, Anschrift, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Bild-, Ton- und Videoaufnahmen) einschließlich Gesundheitsdaten (z.B. Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen, Befunde, Röntgenbilder und Arztbriefe) für folgende Zwecke verwendet und verarbeitet werden:

- Kontaktaufnahme zur Übermittlung von Informationen zur Durchführung von Gesundheitsförderungskursen und Angeboten der Ambulanz

- Lehr- und Forschungstätigkeiten
- Verknüpfung von Behandlungs- und Befragungsdaten anhand eines Pseudonymisierungsverfahrens für Forschung und Lehre sowie Nutzung anonymisierter Behandlungs- und Befragungsdaten für akademische Zwecke (Publikationen u. Ä.)
- Kontaktaufnahme für Befragungen innerhalb des internen Qualitätsmanagements und der wissenschaftlichen Evaluation
- Terminvereinbarung.

Widersprechen Sie einem oder mehreren der genannten Zwecke, streichen Sie diese(n) bitte durch. Die Einwilligung kann ganz oder teilweise jederzeit widerrufen werden. Ihren Widerruf richten Sie bitte per E-Mail an info@uniambulanz-witten.de. Der Widerruf lässt die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung bis zum Widerruf unberührt.

Eine Nutzung der Daten außerhalb der genannten Zwecke ist ausgeschlossen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient*in oder gesetzliche*r Vertreter*in

.....
Falls zutreffend: Vor- und Nachname gesetzliche*r Vertreter*in