



**Patienten***EINWILLIGUNG*  
**Datenerhebung zur Qualitätssicherung des**  
**Ambulanten Interdisziplinär-Multimodalen**  
**Assessments**



**Prüfstelle:**

Stempel

**Ansprechpartner für Sie:**

.....  
**Verantwortliche/r Arzt/ Ärztin**

.....  
**E-Mail/Telefonnummer**

**Name des Patienten/der Patientin**

.....

**Geboren am:**

.....

**Gespräch wurde geführt von:**

.....  
**Verantwortliche/r Arzt/ Ärztin**

.....  
**E-Mail/Telefonnummer**

Ich bin in einem persönlichen Gespräch durch den Arzt/die Ärztin (siehe oben) ausführlich, umfassend und verständlich über die Datenerhebung im Rahmen der Qualitätssicherung des ambulanten Interdisziplinär-multimodalen Assessment (A-IMA) und die Teilnahmebedingungen aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text der Patienteninformation sowie die hier nachfolgend abgedruckte Datenschutzerklärung gelesen und verstanden. Mir ist bekannt, dass ich freiwillig an der „Besonderen Versorgung“ und der damit verbundenen Datenerhebung teilnehme und dass für die Teilnahme auch die nachfolgende Einwilligung erforderlich ist. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv zu beteiligen.

Ich hatte die Gelegenheit, mit dem Arzt über die Durchführung der Datenerhebung zu sprechen. Alle meine Fragen wurden zufrieden stellend beantwortet.

**Möglichkeit zur Dokumentation zusätzlicher Fragen seitens des Patienten oder sonstiger Aspekte des Aufklärungsgesprächs:**

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden.

**Ort und Datum:**

**Unterschrift Patient:**

**Ort und Datum:**

**Unterschrift Arzt/Ärztin:**

**Bitte beachten Sie auch die nachfolgende Seite zum Datenschutz!**

## Datenschutz

Mir ist bekannt, dass bei dem Ambulanten Interdisziplinär-Multimodalen Assessment - „A-IMA“ - personenbezogene Daten über mich erhoben, gespeichert und ausgewertet werden sollen. Die Verwendung der Angaben über meine Gesundheit erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen (Artikel 9 Absatz 2a DSGVO) und setzt vor der Teilnahme an der Datenerhebung folgende freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus, das heißt ohne die nachfolgende Einwilligung können meine Daten nicht erhoben, ausgewertet und verwendet werden. Ich kann aber dann auch nicht an dieser „Besonderen Versorgung“ teilnehmen.

1. Ich willige ein, dass im Rahmen der Datenerhebung zur Qualitätssicherung des A-IMA personenbezogene Daten, insbesondere Angaben über meine Gesundheit, über mich erhoben und in Papierform sowie auf elektronischen Datenträgern in der Erhebungsstelle meiner behandelnden Einrichtung aufgezeichnet werden. Eine Auswahl der erhobenen Daten wird **pseudonymisiert** weitergegeben: an die Datenstelle der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.
2. Ich willige ein, dass meine Daten nach Beendigung oder Abbruch 10 Jahre in meiner behandelnden Einrichtung aufbewahrt werden. Danach werden meine personenbezogenen Daten gelöscht.
3. Ich bin über folgende gesetzliche Regelung informiert: Falls ich meine Einwilligung, an dem A-IMA und der damit verbundenen Datenerhebung teilzunehmen, widerrufe, müssen alle Stellen, die meine personenbezogenen Daten gespeichert haben, diese unverzüglich löschen.
4. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich Beschwerderecht bei der Datenschutz-Aufsichtsbehörde in Anspruch nehmen kann (Datenschutzbeauftragter des Landes).
5. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich mein Recht auf Auskunft (einschließlich unentgeltlicher Überlassung einer Kopie) über mich betreffende personenbezogene Daten sowie ggf. deren Berichtigung jederzeit und ohne Angabe von Gründen geltend machen kann.

**Kontaktperson in Ihrer Einrichtung:** Zunächst wenden Sie sich mit Ihren Fragen bitte an Ihren verantwortlichen Arzt/ Ihre verantwortliche Ärztin. Deren Kontaktdaten und Namen entnehmen Sie bitte der ersten Seite dieses Dokuments. Hier können Sie auch Ihr Einverständnis zurückziehen bzw. sich Informationen hinsichtlich Ihrer Daten einholen.

**Sie haben jederzeit ein Beschwerderecht bezüglich dieser Datenerhebung und -verarbeitung bei Ihrer Landesbehörde.**

**Datenschutzverantwortlicher für die Qualitätssicherung:** Diese Person steht Ihnen für weitere Fragen zum Datenschutz zur Verfügung. Bitte wenden Sie sich dafür an:  
André Möller [moeller@schmerzgesellschaft.de](mailto:moeller@schmerzgesellschaft.de)

Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an der Datenerhebung teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Ja, ich habe die „Patienteninformation Datenerhebung“ erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Diagnose- und Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme an der „Besonderen Versorgung“ und deren Qualitätssicherung einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des **Patienten**