



Einwilligungserklärung zur Weiterverwendung von Personendaten in verschlüsselter und unverschlüsselter Form für die Forschung

Bewohner/-in, Patient/-in

Name

Vorname

Geburtsdatum

Pflegezentrum

(nachfolgend Bewohner/-in genannt)

Für den Fall, dass die Bewohnerin/der Bewohner urteilsunfähig ist, ist für die Einwilligung zur Weiterverwendung von Personendaten in verschlüsselter und unverschlüsselter Form für die Forschung folgende Person zur Vertretung berechtigt:

Name

Vorname

Adresse

Ich willige hiermit ein,

- dass gesundheitsbezogene Daten über mich, die aus meinem Aufenthalt in Pflegezentrum vorhanden sind, in verschlüsselter oder unverschlüsselter Form zu Forschungszwecken aktuell und über meinen Tod hinaus weiterverwendet werden dürfen.

☐ JA

☐ NEIN

Ich bestätige, dass

- ich das Aufklärungsblatt Weiterverwendung gesundheitsbezogener Daten für die Forschung (vom 09.12.2016) erhalten und gelesen habe und Fragen dazu stellen konnte;
- ich darüber informiert wurde, dass meine Einwilligung freiwillig ist;
- ich weiss, dass mit meinen Daten geforscht werden kann, solange ich nicht widerrufe;
- ich weiss, dass ich diese Einwilligung ohne Angabe von Gründen jederzeit widerrufen kann;
- ich weiss, dass meine Daten geschützt sind;
- ich weiss, dass meine Daten zu Forschungszwecken an Dritte weitergegeben werden können.

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift Bewohner/-in / Patient/-in

Unterschrift Angehörige/-r / vertretungsberechtigte Person

Version 1.0 vom 09.12.2016