

Einwilligungs- und Teilnahmeerklärung

Patienteneinwilligung zur Einsichtnahme und Weitergabe von personenbezogenen Daten im Rahmen der Behandlung durch das Lymphnetz

Anschrift des Patienten

Anschrift der Einrichtung/ des Lymphnetzes:

Name:

Vorname:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl Ort:

Geburtsdatum des Patienten:

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der lymphologischen Versorgung des Lymphnetz

Das Lymphnetz _____ ist ein Zusammenschluss von Fachärzten, spezialisierten Hilfsmittelversorgern und Lymph-/Physiotherapeuten zur Behandlung des Lymph-/Lipödems im Raum _____.

Gerade bei diesen Ödemformen kommt es auf die professionelle Zusammenarbeit dieser verschiedenen Berufsgruppen an um den medizinischen Erfolg zu erreichen und zu sichern.

Welche Ziele hat das Lymphnetz _____?

- Beratung und Behandlung von Patienten mit lymphatischen Erkrankungen nach der aktuellen Leitlinie Lymphologie
- korrekte Diagnosestellung durch den behandelnden Arzt
- Eine qualitativ hochwertige Behandlung mit einheitlichen Therapie- und Kontrollstandards
- Einheitliche Dokumentation
- Regelmäßige Fortbildungen aller beteiligten med. Berufsgruppen
- Regelmäßiger Austausch der verschiedenen Teilnehmer untereinander
- Informationen zu weiteren Betreuungsangeboten (z. B. Ernährungsberatung und Selbsthilfegruppen)

Über die obengenannten Inhalte und den Zweck des Versorgungsangebots sowie die beteiligten Leistungserbringer (Ärzte, Physiotherapeuten Fachhändler etc. – siehe Anlage 1) wurde ich vom Lymphnetz _____ aufgeklärt.

Meine Teilnahme ist freiwillig und unentgeltlich und beginnt mit der Unterzeichnung dieser Erklärung. Ich bin mit der Betreuung durch das Lymphnetz _____ und durch die beteiligten Leistungserbringer einverstanden.

Über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten wurde ich durch das Lymphnetz _____ aufgeklärt.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen meiner lymphatischen Erkrankung.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Informationen bzgl. der Beratung, Diagnose und Behandlung meiner lymphatischen Erkrankung zwischen den Mitgliedern des Lymphnetz _____ bei Bedarf ausgetauscht werden und entbinde damit die Mitglieder des Lymphnetzes (siehe Anlage 1) im Rahmen der oben genannten Zweckbestimmung untereinander von der jeweiligen Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten jederzeit schriftlich widerrufen kann und damit meine Teilnahme beendet ist.

Ich, _____ **(Name des Patienten einfügen)**

Ja, stimme zu

Nein, stimme nicht zu

Alle Beteiligten sind zur Achtung und Wahrung der allgemeingültigen Datenschutzrichtlinien verpflichtet. Krankheitsdaten werden nur denen zur Kenntnis gebracht, die direkt mit dem Genesungs- und Versorgungsprozess in Verbindung stehen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient
