

Beteiligung an einer Studie zur Optimierung der Behandlung urologischer Patienten bei gutartiger Vergrößerung der Prostata

Stempel Ihrer urologischen Klinik

Information für Patienten

Ziel der Studie

Sie leiden an einer gutartigen Vergrößerung der Prostata. Dies ist eine häufige Krankheit. Studien haben dazu beigetragen, dass Ihre Behandlung mit den modernsten Methoden erfolgen kann. Mit dieser Studie soll zusätzlich zum objektiven Operationsergebnis auch Ihre langfristige Zufriedenheit mit der Behandlung ermittelt werden.

Welche Einrichtungen beteiligen sich an der Studie?

Neben Ihrer behandelnden Klinik beteiligen sich deutschlandweit mehrere urologische Kliniken an der Studie. Die aktuell teilnehmenden Zentren können unter www.uro-cert.com eingesehen werden.

Was wird dokumentiert?

In der Studie dokumentieren Sie selbst **anonym** innerhalb eines standardisierten Fragebogens Ihre Zufriedenheit mit dem Eingriff. Den Zugang zum Fragebogen erhalten Sie per E-Mail nach 4 Wochen sowie nach 3, 6 und 12 Monaten. Ihre eingegebenen Daten werden mit den objektiven Kennzahlen Ihrer behandelnden Klinik in Beziehung gesetzt. Eine weitere Dokumentation erfolgt nicht.

Wie werden die Daten verarbeitet?

Den Mitarbeitenden der Studie sind Ihre identifizierenden Daten nicht bekannt. Sie bleiben **anonym**. Einblick in Ihre personenidentifizierenden Daten haben nur Ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte.

Durchführung der Studie

Projekträger und für das Register datenschutzrechtlich verantwortliche Stelle ist URO-Cert Verband urologischen Kompetenzzentren e.V. mit Sitz in Berlin

Bei Fragen können Sie sich jederzeit an Ihre behandelnde Ärztin oder Arzt wenden oder an:

URO-Cert Verband urologischer Kompetenzzentren e.V.
Lepsiusstraße 92, 12165 Berlin
T: 030 275 96 492, M: 0175 298 12 47
info@uro-cert.com

Qualitätssicherung der Daten durch Kontrolle

Autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Mitarbeiter oder Beauftragte können in Ihre in der Praxis oder Klinik vorhandenen personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten, Einsicht nehmen, soweit dies für die Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung der wissenschaftlichen Untersuchung notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinden Sie den Arzt/die Ärztin Ihrer Praxis oder Klinik von der ärztlichen Schweigepflicht. Ebenso können Gesundheitsdaten bei mitbehandelnden Ärzten erhoben oder eingesehen werden, soweit dies für die ordnungsgemäße Durchführung und Überwachung der Studie notwendig ist. Insoweit entbinden Sie auch diese Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

Freiwilligkeit der Teilnahme und Widerruf der Einwilligung

1. Widerruf der Teilnahme

Sie können Ihre Teilnahme jederzeit widerrufen.

2. Löschung

Sie können jederzeit die Löschung Ihrer E-Mail-Adresse verlangen

Einsicht in Ihre Daten, Recht auf Korrektur, Löschung und Beschwerde

Es werden keine personenbezogenen Daten erhoben. Sie können bei jeder Kontaktaufnahme die Teilnahme widerrufen und Ihre E-Mail löschen lassen. Für Mitteilungen außerhalb der standardisierten Kontaktaufnahme wenden Sie sich bitte an:

URO-Cert – Verband urologischer Kompetenzzentren e.V.
Lepsiusstraße 92, 12165 Berlin
T: 030 275 96 492, M: 0175 298 12 47
info@uro-cert.com

Zuständige Aufsichtsbehörden für den Datenschutz

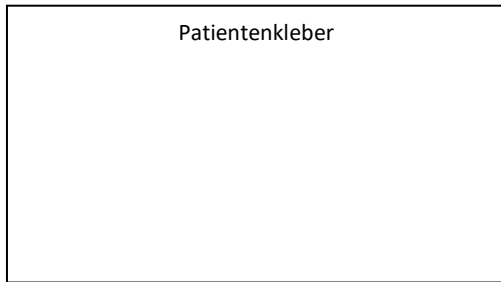
Über folgenden QR-Code gelangen Sie zur Liste der für Ihr Bundesland zuständigen Datenschutzbehörde.



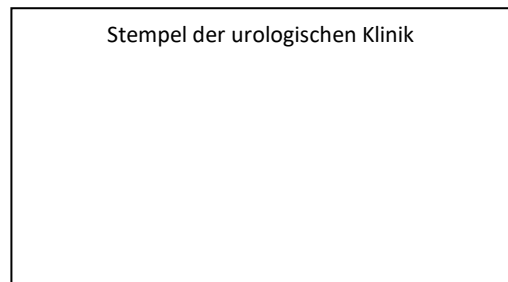
Über die Internetseite von URO-Cert e.V. kann im Download-Bereich zusätzlich jederzeit die vollständige Liste abgerufen werden (www.uro-cert.com).

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einer Studie zur Optimierung der Behandlung urologischer Patienten bei gutartiger Vergrößerung der Prostata

Patientenkleber



Stempel der urologischen Klinik



Ich habe die Patienteninformation inklusive der darin enthaltenen Datenschutzerläuterungen gelesen und verstanden. Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen. Ich habe die ärztliche Aufklärung über die möglichen Vor- und Nachteile der Teilnahme und meine Rechte verstanden. Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung wurde mir ausgehändigt.

Ich erkläre hiermit meine Teilnahme an dem oben genannten Vorhaben. Ich wurde darauf hingewiesen, dass meine Teilnahme an dem Vorhaben freiwillig ist und dass ich das Recht habe, diese jederzeit ohne Angabe von Gründen zu beenden, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen.

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und Übermittlung von Daten über meine Gesundheit im Rahmen des Vorhabens, gemäß den datenschutzrechtlichen Erläuterungen, einverstanden.

Durchführung der Studie

Projekträger und für die Studie datenschutzrechtlich verantwortliche Stelle ist URO-Cert - Verband urologischen Kompetenzzentren e.V. mit Sitz in Berlin.

Bei Fragen können Sie sich jederzeit an Ihren behandelnden Arzt wenden oder an:

URO-Cert – Verband urologischer Kompetenzzentren e.V.
Lepsiusstraße 92, 12165 Berlin
T: 030 275 96 492, M: 0175 298 12 47
info@uro-cert.com

Ich erkläre mich bereit, an der oben genannten Registerstudie freiwillig teilzunehmen.

Name des Patienten (Ihr Name in Blockbuchstaben)

Ort und Datum:

Unterschrift des Patienten

Name des aufklärenden Arztes oder der aufklärenden Ärztin (in Blockbuchstaben)

Ort und Datum:

Unterschrift des Arztes/der Ärztin