

sektor-HF

Einwilligungserklärung zur Teilnahme am Projekt

1. Herr/Frau _____ Geb.-Datum _____

wurde, orientierend am Informationsblatt zum Projekt sektor-HF, über Wesen und Bedeutung der Teilnahme am Projekt **sektor-HF** und dessen Betreuungsprogramms aufgeklärt.

2. Ich möchte am Projekt **sektor-HF** mit seinem sektorenübergreifenden Versorgungsprogramm teilnehmen und erkläre mich bereit, mich den dadurch notwendigen körperlichen Untersuchungen und Befragungen zu unterziehen. Ich bin auch damit einverstanden, in regelmäßigen Abständen zu Hause nach Bedarf besucht zu werden. Ich erkläre mich bereit, die Empfehlungen meines mich betreuenden Arztes und des restlichen betreuenden Teams zu befolgen und die mir gestellten Fragen für die Dauer des Projektes zu beantworten sowie mich an gegebenenfalls erforderlichen Schulungen zu beteiligen. Die Einwilligung zur Teilnahme am Selektivvertrag erfolgt zusätzlich mit einer weiteren Erklärung.
3. Ich bin darüber informiert, dass ich im Rahmen des Projektes telemedizinische Geräte erhalte, die für die Ermittlung gesundheitlicher Informationen notwendig sind. Ich weiß, dass ich mich zu einem ordnungsgemäßen Umgang mit den Geräten verpflichte und dass ich im Falle einer Beschädigung eines der Geräte, die durch Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit verursacht wurde, hafte (*Wert: max.: 507,12€*).
4. Über die Verarbeitung meiner Daten durch die Teilnahme am Projekt bin ich informiert, ich weiß, dass ich dazu eine gesonderte Aufklärung durch die Netzwerkstelle erhalte und eine entsprechende Einwilligungserklärung abgeben muss. Mir ist bewusst, dass die Ärzte, die im Projekt verantwortlich für mich sind, Daten zur Versorgung über mich austauschen werden, um meine Versorgungssituation zu verbessern. Mit meiner Unterschrift entbinde ich die mich betreuenden Ärzte von ihrer gegenseitigen Schweigepflicht und gegenüber der Netzwerkstelle im Rahmen des Projekts sektor-HF.
5. Ich behalte mir das Recht vor, die Teilnahme zu jeder Zeit zu beenden, ohne dass mir dadurch Nachteile für meine weitere medizinische Versorgung entstehen.
6. Je eine Kopie der schriftlichen Einwilligungserklärung, der Datenschutzerklärung sowie der Patienteninformation verbleibt bei mir und eine beim aufklärenden Arzt. Das Original der Einwilligungserklärung erhält die Projektleitung für die Projektunterlagen.

Ich habe diese Einwilligungserklärung gelesen und hatte genügend Zeit, Fragen zu stellen.

Patient:

(Name in Druckbuchstaben)

Datum und Unterschrift

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung des Patienten eingeholt.

Arzt:

(Name in Druckbuchstaben)

Datum und Unterschrift