Anlage 5b

Patienten ID(Vergabe Studienzentrale)
Exemplar für Studienzentrale

Lfd. Nr.00001

Datenschutzrechliche Erklärung zur Teilnahme an der Studie zur Inzidenz der Lyme Borreliose in Bayern „LYDI-Sentinel“ (Incidence of LYme DIsease in Bavaria)

Patient: Name: **Vorname:**

Geburtsdatum:

Schriftliche Einwilligung

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankheits- und Behandlungsdaten in verschlüsselter Form, ohne Namen und Anschrift elektronisch aufgezeichnet und zur wissenschaftlichen Auswertung verwendet werden. Ich stimme der Weitergabe der pseudonymisierten Krankheits- und Behandlungsdaten an Dritte zu.
- Ich bin damit einverstanden, dass nach Studienende zur Diagnostik entnommenes Untersuchungsmaterial verschlüsselt, d.h. ohne Namen und Anschrift für künftige Studien über zeckenübertragene Krankheiten gelagert wird. Mit dem entnommenen Material und gelagerten Untersuchungsmaterial sind **keine** genetischen Studien geplant.

  Ich stimme zu: ☐ ja ☐ nein

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Daten der ärztlichen und therapeutischen Schweigepflicht unterliegen und die wissenschaftliche Auswertung pseudonymisiert erfolgt.
- Sie haben das Recht, Auskunft über die Sie betreffenden aufgezeichneten Angaben und die Ergebnisse Ihrer Untersuchungen zu verlangen, soweit dies nicht aus technischen Gründen unmöglich ist.

- Hiermit gebe ich mein Einverständnis für die Teilnahme an dieser Studie. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme absolut freiwillig ist und mir aus einer Nichtteilnahme keinerlei Nachteile entstehen.

Meine Einwilligung zur Befragung sowie zur Weiterverarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit – auch ohne Angabe von Gründen – widerrufen (Kontakt: Dr. med. Volker Fingerle, Nationales Referenzzentrum für Borrelien, LGL, Veterinärstr. 2, 85764 Oberschleißheim, Email: volker.fingerle@lgl.bayern.de, Tel. 09131/6808-5870; Fax: 09131/6808-5183). Alle Daten und das Untersuchungsmaterial werden in diesem Fall vernichtet.
Eine Kopie der Patienteninformation, der Studieneinverständnis- und der datenschutzrechtlichen Einverständniserklärung ist mir ausgehändigt worden.

_____ _____

(Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes)

(Ort, Datum, Unterschrift des Patienten)