**MUSTER-EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG**

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR QUALITÄTSSICHERUNG

Etikett Patient:in

Klinik/Praxis

Vorgesehene Radiologische Intervention (Minimalinvasive bildgesteuerte Operation) und Interventionsdatum:

Sehr geehrte Patient:in,

Qualität ist uns wichtig und die Kliniken/Praxen sind gem. §135a SGV V an der Mitwirkung an der einrichtungsübergreifen Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung verpflichtet. Daher beteiligt sich unsere Klinik an der Qualitätssicherung der Deutschen Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie (DeGIR), c/o Deutsche Röntgengesellschaft e.V., Ernst-Reuter-Platz 10, 10587 Berlin. Dafür werden Daten, die im unmittelbaren Zusammenhang mit Ihrem Eingriff (z.B. Art des Eingriffs, Erfolg, etwaige Komplikationen, Instrumente, Medikamente, Strahlendosis etc.) stehen, zum Zweck einer Qualitätssicherung pseudonymisiert an die DeGIR übermittelt. Durch die Pseudonymisierung ist gewährleistet, dass ausschließlich der Institution, in der die Intervention durchgeführt wurde, Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Die Datensätze werden weiterhin genutzt, um in pseudonymisierter Form Sammelstatistiken zu erstellen. Diese Sammelstatistiken können für die Erstellung wissenschaftlicher Arbeiten und Publikationen genutzt werden. Ihre Daten werden hier immer nur anonymisiert publiziert. Wir möchten Sie bitten, der Datenweitergabe zum Zwecke der Qualitätssicherung und wissenschaftlicher Auswertungen zuzustimmen.

Die übermittelten Daten (u.a. Geburtsjahr, Geschlecht, Art, Umfang und Ergebnis der Intervention) werden bei der DeGIR für einen Zeitraum von maximal 10 Jahren gespeichert und für die Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung genutzt. Sie haben das Recht auf Auskunft zu den übermittelten Daten, das Sie uns gegenüber geltend machen können. Die Erteilung dieser Einwilligung erfolgt freiwillig, und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich oder in Textform ohne die Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Nicht-Erteilung der Einwilligung hat keinen Einfluss auf Ihre Behandlung.

Ich bestätige, die mir in Papierform ausgehändigte Verfahrensbeschreibung zur Kenntnis genommen zu haben. Mit der Übermittlung von Daten im Zusammenhang mit meinem Eingriff und der Qualitäts- sicherung der Deutschen Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie (DeGIR) bin ich …

 einverstanden.  nicht einverstanden.

Ort, Datum Name, Vorname (in Druckbuchstaben)

Unterschrift Patient:in oder gesetzliche Vertreter:in