

Teilnahme an Versorgungscoordination & Nutzung der Daten für medizinische Forschung

Inhalt

1. Formular: „Einwilligungserklärung“ (Ausfülldauer: 10-15 min)
 - » Ausfüllen
 - » Ankreuzen
 - » 1 Unterschrift
2. Formular: „Registrieren als Angehöriger“ – bei Bedarf

Erläuterungen

Die Behandlung neurologische Erkrankungen kann mit organisatorischen Aufwendungen und der Notwendigkeit einer besonderen Versorgung verbunden sein (spezialisierte Sanitätshäuser, Hilfsmittelexperten, Spezialapotheken, Ernährungstherapeuten, Pflegeberatung etc.). Daher ist die Teilnahme an einem Versorgungsnetzwerk zu empfehlen. Das **Ambulanzpartner Versorgungsnetzwerk** ist seit 2011 auf die Unterstützung von Menschen mit neurologischen Erkrankungen spezialisiert. Zur Gewährleistung der medizinischen Wahlfreiheit und des Datenschutzes ist **Ihre schriftliche Einwilligung** eine zentrale Voraussetzung, damit Versorgungskoordinatoren und andere Partner im Versorgungsnetzwerk für Sie tätig werden können. Mit dieser Unterschrift sind keine Kosten oder andere Verbindlichkeiten verbunden. Sie können unabhängig von der Teilnahme an Ambulanzpartner bei Ihren bisherigen Ärzten, Sanitätshäusern und Apotheken in Betreuung bleiben. Das Ambulanzpartner Versorgungsnetzwerk ist als zusätzliche Unterstützung zu verstehen, die parallel zur sonstigen Behandlung geleistet wird.

Neben der Unterstützung durch Versorgungskoordinatorinnen (auch „Fallmanager“ genannt) tragen Sie mit Ihrer **Einwilligung zur Nutzung Ihrer Daten für medizinische Forschung** bei. Auf der Einwilligungserklärung erhalten Sie entsprechende Ankreuz-Optionen. Auch die Nutzung von verschiedenen Apps (z. B. „ALS-App“ oder „SMA-App“) setzt die Unterzeichnung der Einwilligungserklärung voraus.

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die medizinischen Partner, Versorgungspartner und Koordinatoren von Ambulanzpartner, die mit meiner Versorgung beauftragt sind, personenbezogene Daten und Gesundheits-, Behandlungs- und Versorgungsdaten über meine Versorgung und Behandlung erheben und speichern, um meine medizinische Versorgung zu verbessern.

Erklärung zur Nutzung meiner Daten für medizinische Forschung

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die im APVP erhobenen und gespeicherten Daten in **pseudonymisierter Form** für wissenschaftliche oder gesundheitswirtschaftliche Zwecke (medizinische Forschung) verarbeitet werden, so z.B. für Analysen, Publikationen oder die medizinische Ausbildung. Dabei bin ich mit der Nutzung meiner Daten für die folgenden Zwecke einverstanden (Zutreffendes ankreuzen; bei keinem Kreuz erfolgt keine Nutzung der Daten für medizinische Forschung)

- Auswertung meiner pseudonymisierten Daten für die medizinische Forschung in Kooperation mit Universitätskliniken und anderen akademischen Einrichtungen, um eine Weiterentwicklung von medizinischer Behandlung zu fördern.
- Auswertung meiner pseudonymisierten Daten für die medizinische Forschung in Kooperation mit Unternehmen der Gesundheitswirtschaft, um Entwicklungen oder Weiterentwicklungen von Medizintechnik, Medikamenten, anderen Medizinprodukten oder Behandlungsverfahren zu fördern.
- Einladungen zu Umfragen und Erhebungen zur medizinischen Forschung (telefonisch, per Post, per E-Mail oder das APVP).
- Auswertung meiner Daten aus Umfragen und Erhebungen über Behandlungen, Versorger, Medizinprodukte oder Arzneimittel, die **anonymisiert**, ohne Rückschlüsse auf meine Person, auf dem APVP dargestellt werden.

Erklärung zum Newsletter

- Ich möchte den Newsletter (Informationsbrief) für Patienten und Angehörige erhalten, der Nachrichten aus medizinischer Forschung sowie Hinweise zur Versorgungskoordination beinhaltet. Ich bin damit einverstanden, dass der Newsletter an die unten eingetragene E-Mail-Adresse versendet wird. Der Newsletter ist kostenlos und kann von mir jederzeit mit einer E-Mail an registrieren@ambulanzpartner.de abbestellt werden (Zutreffendes ankreuzen):

- Zusendung des Newsletters keine Zusendung des Newsletters

Erklärung zur Freiwilligkeit und zum Widerruf

- Ich bin darüber informiert, dass meine Teilnahme an der Versorgungskoordination und die Nutzung meiner Daten für medizinische Forschung durch die APST freiwillig ist und dass ich diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.
- Im Fall des Widerrufs meiner Einwilligung entstehen mir keine Nachteile.
- Meine Daten werden bei Widerruf meiner Einwilligung unverzüglich gelöscht.
- Diese Einwilligung gilt auch postmortal, sofern sie nicht zu Lebzeiten oder von einem Rechtsnachfolger widerrufen wird.



Kontaktdaten

<input type="checkbox"/>	Mobiltelefon-Nummer	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Telefonnummer	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	Weitere Telefonnummer	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	E-Mail-Adresse	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	Alternative E-Mail-Adresse	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Ort, Datum	<input type="text"/>	Unterschrift	<input type="text"/>

Registrierung als Angehöriger eines Patienten

zur Nutzung des Ambulanzpartner Versorgungsportals

Ich bin Angehöriger des unten genannten Patienten, der das Versorgungsmanagement durch die Ambulanzpartner Soziotechnologie APST GmbH und die Nutzung des Ambulanzpartner Versorgungsportals in Anspruch nimmt. Ich habe die Allgemeinen Geschäftsbedingungen für Patienten, die Leistungsbeschreibung und die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und möchte mich zur Nutzung des Ambulanzpartner Versorgungsportals registrieren.

Patient	
Vorname	<input type="text"/>
Nachname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Angehöriger	
Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr Titel <input type="text"/>
Beziehung zum Patienten	<input type="checkbox"/> Ehepartner(in) <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in) <input type="checkbox"/> Freund(in)
	<input type="checkbox"/> Vorsorgebevollmächtigter <input type="checkbox"/> gesetzliche(r) Betreuer(in)
	<input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Nachname	<input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>
E-Mail Adresse	<input type="text"/>
Postadresse	
Straße, Hausnr.	<input type="text"/>
Ort	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>
Unterschrift Patient	 <input type="text"/>
Unterschrift Angehöriger	 <input type="text"/>
Ort, Datum	<input type="text"/>

Nach dem Eingang dieser unterzeichneten Registrierung erhält der Nutzer von der Ambulanzpartner Soziotechnologie APST GmbH eine E-Mail mit einem Registrierungslink für die Software des Ambulanzpartner Versorgungsportals. Die Vergabe von Benutzername und Passwort erfolgt durch den Nutzer selbst.