

## Ihre aufklärende Ärztin / Ihr aufklärender Arzt:

Zur Aufklärung stand Ihnen folgende Ärztin / folgender Arzt zur Verfügung:

**Sana Adipositaszentrum Berlin**  
**Dr. Federlein / Dr. Kemps**

Datum, Unterschrift der Ärztin/des Arztes: ....., .....

## Ihre Einwilligungserklärung als betroffener Patient:

Vorname: ..... Nachname: .....

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ): ..... /...../.....

Ich habe die vorhergehenden grundlegenden **Patienteninformationen** gelesen. Mir wurden überdies die nachfolgenden ausführlichen Patienteninformationen zum Datenschutz rechtzeitig ausgehändigt, so dass ich Gelegenheit hatte, diese zur Kenntnis zu nehmen.

Zudem war es mir möglich, meiner Ärztin / meinem Arzt Fragen zu stellen. Eventuell offene Fragen wurden verständlich und ausreichend beantwortet.

Meine Einwilligung ist freiwillig. Ich weiß, dass ich sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

1. Ich willige in die Verarbeitung meiner personen- und gesundheitsbezogenen Daten im Rahmen der StuDoQ-Register für Zwecke der medizinischen Qualitätssicherung und medizinisch-wissenschaftlichen Forschung wie in den Patienteninformationen beschrieben ein. Diese Verarbeitung erfolgt durch die DGAV und das mich behandelnde Krankenhaus. Im Register werden meine Daten nur in pseudonymisierter Form verarbeitet, d.h. mein Name wird durch eine Kennnummer ersetzt. Eine Verbindung der Daten zu meiner Person wird nur innerhalb des behandelnden Krankenhauses hergestellt. Andere Stellen (z.B. Forschungsinstitute) und Personen (z.B. Vertrauensleute) erhalten nur unter den in den Patienteninformationen beschriebenen strengen Voraussetzungen Zugang zu diesen Daten; sie müssen insbesondere ein vergleichbar hohes Datenschutzniveau gewährleisten.

Ja, ich willige in diesen Punkt 1 ein.  Nein, ich willige in diesen Punkt 1 nicht ein.

2. Ich willige darin ein, dass ich evtl. zu einem späteren Zeitpunkt erneut von meinem behandelnden Krankenhaus für die oben beschriebenen Zwecke kontaktiert werde, z.B. zur Gewinnung weiterer Informationen insbesondere zur Nachbehandlung.

Ja, ich willige in diesen Punkt 2 ein.  Nein, ich willige in diesen Punkt 2 nicht ein.

Wenn und soweit ich eine Einwilligung erteile, entbinde ich meine behandelnden Ärzte und deren Hilfspersonen im hier und in den Patienteninformationen beschriebenen Umfang von Ihrer Schweigepflicht.

Datum, Unterschrift Patientin/Patient: ....., .....

Ich habe eine Kopie der Patienteninformation samt dieser Einwilligung in ausgefüllter und mit Ausnahme meiner folgenden Unterschrift unterzeichneter Form erhalten:

Datum, Unterschrift Patientin/Patient: ....., .....

Das doppelt von Ihnen unterschriebene Original verbleibt in den Akten des Krankenhauses.