UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG

Teilnahmeerklärung zur CovidCare-Studie für Hausarztpraxen

(CovidCare – Überwachung und Betreuung von Patienten mit COVID-19 in der Hausarztpraxis: eine Beobachtungsstudie)

- Ich habe ein Exemplar der **Praxisinformation CovidCare** erhalten, habe eine Online-Schulung durchgeführt und werde die Studienmaßnahmen gemäß Studienprotokoll durchführen.
- Ich willige ein, dass ich die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg bei der Umsetzung der erforderlichen Evaluation unterstütze, indem ich die in meiner Praxis erhobenen Daten zur Verfügung stelle.
- Ich bin damit einverstanden, dass die pseudonymisierten Daten (Praxis-, Arzt- und VERAH-Identifikationsmerkmale, Kontakt- und Adressdaten sowie Praxismerkmale) ggfs. anderen Forschungsgruppen (z.B. Robert-Koch-Institut) zur Verfügung gestellt werden.
- Ich bin bereit, dass ich die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg bei der Evaluation durch die Teilnahme an einem Interview/ einer Fragebogenbefragung unterstütze. Hierzu werde ich gesondert informiert und kann gesondert einwilligen.
- Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an CovidCare nur für Versicherte der AOK Baden-Württemberg, die an der HZV teilnehmen und über achtzehn Jahre alt sind, zulässig ist.
- Mir ist bekannt, dass bei dieser Studie personenbezogene Daten verarbeitet werden sollen. Die Verarbeitung der Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a der Datenschutz-Grundverordnung folgende Einwilligungserklärung voraus:

Datenschutz

- Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme freiwillig zu, dass meine in der Studie erhobenen Daten (Praxis-, Arzt- und VERAH- Identifikationsmerkmale, Kontakt- und Adressdaten sowie Praxismerkmale) zu den in der Informationsschrift beschriebenen Zwecken in pseudonymisierter* Form ausgewertet und ggf. in pseudonymisierter Form an Projektpartner weitergegeben werden können. Dritte erhalten keinen Einblick in personenbezogene Unterlagen. Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen der Studie wird mein Name ebenfalls nicht genannt. Die personenbezogenen Daten werden anonymisiert, sobald dies nach dem Forschungszweck möglich ist.

[* *Pseudonymisierung ist die Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, dass die personenbezogenen Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen („Schlüssel") nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können. Diese zusätzlichen Informationen werden dabei gesondert aufbewahrt und unterliegen technischen und organisatorischen Maßnahmen, die gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten nicht einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person zugewiesen werden.*]

- Die Daten werden nach Studienabschluss für 10 Jahre aufbewahrt und dann vernichtet.
- Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung jederzeit schriftlich oder mündlich ohne Angaben von Gründen widerrufen werden kann, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird davon nicht berührt. In diesem Fall kann ich entscheiden, ob die von mir erhobenen Daten gelöscht werden sollen oder weiterhin für Zwecke der Studie verwendet werden dürfen.

Nachname, Vorname Arzt		HÄVG ID	
Nachname, Vorname VERAH		MFA ID	
LANR		BSNR	

_____

Ort / Datum Unterschrift Arzt

_____

Ort / Datum Unterschrift VERAH

Praxisstempel