



Fußnetz Deutschland

Einwilligungserklärung

Liebe Patientin, lieber Patient,

Ärzte aus Ihrer Region haben sich zu einem Netzwerk zusammengeschlossen mit dem Ziel, die Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom reibungslos und mit einer nachweislich guten Qualität zu versorgen und diese zu verbessern. Sie haben sich verpflichtet, ihre Patienten gemäß einer Leitlinie zu behandeln, sich gegenseitig in den Praxen aufzusuchen und Behandlungen beizuwohnen sowie die Ergebnisse der Behandlung zu vergleichen.

Es ist deshalb erforderlich, dass die Eckpunkte Ihrer Behandlung (der Versorgungsweg, die Schwere der Erkrankung, Risikofaktoren, Behandlungsdauer, Behandlungsart, Krankenhausaufenthalte und die Amputationen) gesammelt, ausgewertet und über einen längeren Zeitraum miteinander verglichen werden.

Was geschieht mit Ihren Daten?

Die Daten zu Ihrer Behandlung einschließlich eines Fotos der Wunde werden gesammelt, an die Datensammelstelle CID GmbH geschickt und wissenschaftlich ausgewertet. Ihre Daten werden von Ihrem Arzt mit einer Nummer versehen, so dass weder Namen noch Adresse in dieser weitergeleiteten Dokumentation auftauchen. Vielmehr kann nur Ihr behandelnder Arzt die Befunde Ihrem Namen zuordnen. Sie erhalten eine Dokumentationsmappe mit Ihren Befunden, die Sie bitte immer mit sich führen. Darauf ist auch Ihr Hauptbehandler vermerkt, damit nicht versehentlich zwei Ärzte Daten eines Patienten einschicken.

Die Teilnahme an der Versorgung im Rahmen dieses Netzwerkes ist für Sie freiwillig. Weder aus der Teilnahme, noch aus der Nichtteilnahme entstehen Ihnen Nachteile, insbesondere bleibt die Qualität der medizinischen Behandlung unberührt. Sie haben jederzeit, ohne Angabe von Gründen, die Möglichkeit, Ihre Teilnahme gegenüber Ihrem behandelnden Arzt zu widerrufen. Ihre Daten werden dann nicht weiter exportiert und die bereits exportierten Daten werden sofort gelöscht. Darüber hinaus werden Ihre Daten am Ende des Projektes gelöscht.

Ich habe von der obigen Information zum Netzwerk diabetischer Fuß Kenntnis genommen und nehme am beschriebenen Verfahren freiwillig teil. Ich bin damit einverstanden, dass Ärztinnen und Ärzte des Netzwerkes bei meinen Untersuchungen zugegen sind und dass die Ergebnisse meiner Behandlung mit denen in anderen Einrichtungen verglichen werden.

Name, Vorname: _____ Ort: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____