

Einverständniserklärung

zur elektronischen Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner Daten mit dem Schmerzdokumentationsdienst iDocLive® und dem PraxisRegister Schmerz

Ich habe die Patienteninformation aufmerksam gelesen und hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit, Fragen zu stellen.

Ich habe die ärztliche Aufklärung über die möglichen Vor- und Nachteile meiner Teilnahme am Schmerzdokumentationsdienst iDocLive® und dem PraxisRegister Schmerz sowie meine Rechte verstanden.

Eine Kopie der Patienteninformation, der Datenschutzerklärung sowie dieser Einverständniserklärung wurde mir ausgehändigt.

Ich habe verstanden, dass meine Einwilligung zur Teilnahme am Schmerzdokumentationsdienst iDocLive® und dem PraxisRegister Schmerz freiwillig ist und ich diese jederzeit auch ohne Angabe von Gründen zurücknehmen kann, ohne dass mir dadurch irgendwelche Nachteile in meiner weiteren Behandlung entstehen. Mein Einverständnis gilt auch über meinen Tod hinaus.

Ja **ich stimme der Teilnahme am Schmerzdokumentationsdienst iDocLive® zu** und erkläre mein Einverständnis zur Übertragung meiner nicht-personalisierten Gesundheitsdaten an das PraxisRegister Schmerz entsprechend dem in der Patienteninformation genannten Umfang.

Nein **ich stimme der Teilnahme am Schmerzdokumentationsdienst iDocLive® nicht zu** und verweigere mein Einverständnis zur Übertragung meiner nicht-personalisierten Gesundheitsdaten an das PraxisRegister Schmerz.

Name des Patienten (in Druckbuchstaben)

Ort, Datum

Unterschrift

Name des Arztes (in Druckbuchstaben)

Ort, Datum

Unterschrift