

Patientenetikett<sup>1</sup> oder Daten handschriftlich

Arztpraxis/Studienzentrum (Stempel)

### Schweigepflichtentbindung

Hiermit willige ich ein, im Rahmen des Projektes „Kopfschmerzregister der DMKG“ von ihrer **ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden** und erkläre mich einverstanden, dass o.g. Arzt/Arztpraxis/Studienzentrum in der Applikation „Kopfschmerzregister der DMKG“ personen- und behandlungsbezogene Daten über mich eingibt und diese der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V., Dalbergstraße 2a, 65929 Frankfurt am Main, als Verantwortlichen und deren Auftragsverarbeitern zugänglich macht. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ich kann dann am Projekt „Kopfschmerzregister der DMKG“ nicht mehr teilnehmen.

Mit meiner Einwilligung bestätige ich die Freiwilligkeit meiner Willenserklärung. Ferner wurde ich darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann.



#### Erwachsene

**Patienten:**

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift des Patienten*

#### Minderjährige

**Patienten:**

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift  
des Minderjährigen*

\_\_\_\_\_  
*Name und Unterschrift  
des gesetzlichen Vertreters*

### Einwilligungserklärung zur Teilnahme am Kopfschmerzregister

Ich habe den Text der Nutzerinformation und Information zum Datenschutz für das „Kopfschmerzregister der DMKG“ gelesen. Ich weiß, dass ich meine freiwillige Mitwirkung jederzeit beenden kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Ich erkläre mich bereit, am „Kopfschmerzregister der DMKG“ teilzunehmen.

Ich bin mit der Erhebung und Verwendung meiner Daten nach Maßgabe der Informationsschrift einverstanden.



#### Erwachsene

**Patienten:**

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift des Patienten*

#### Minderjährige

**Patienten:**

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift  
des Minderjährigen*

\_\_\_\_\_  
*Name und Unterschrift  
des gesetzlichen Vertreters*

<sup>1</sup>Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird davon abgesehen, bei Fehlen einer geschlechtsneutralen Formulierung sowohl die männliche als auch weitere Formen anzuführen. Die nachstehend gewählten männlichen Formulierungen gelten deshalb uneingeschränkt auch für die weiteren Geschlechter.