

Patientenetikett¹ oder Daten handschriftlich

Arztpraxis/Studienzentrum (Stempel)

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich vorstehend genannte Arztpraxis/Studienzentrum und alle dort tätigen Ärzte („behandelnder Arzt“), die mich im Rahmen des Projektes „MIGRA MD“ oder dem „Kopfschmerzregister der DMKG“ behandelt haben oder noch behandeln werden, von ihrer **ärztlichen Schweigepflicht** gegenüber der

Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V., Fetscherstr. 74, 01307 Dresden,
(DMKG)

sowie (für den Fall, dass ein Konsil bei einem DMKG-Experten angefragt wird)

allen aktuellen und zukünftigen DMKG-Experten, die im Rahmen des Projektes „MIGRA MD“ von dem vorstehend benannten Arzt/Arztpraxis/Studienzentrum im Rahmen eines Konsils bzgl. meiner Behandlung kontaktiert werden.

Der DMKG erteile ich die Berechtigung, alle im „Kopfschmerzregister der DMKG“ vorhandenen Patientenunterlagen einzusehen, Kopien zu erhalten oder sonst Kenntnis über den Inhalt zu erlangen.

Dem jeweiligen DMKG-Experten erteile ich die Berechtigung, alle Patientenunterlagen, alle Gutachten, alle mit meinen Behandlungen im Zusammenhang stehenden Dokumentationen und Daten einschließlich der elektronischen Patientenakte einzusehen, Kopien zu erhalten oder sonst Kenntnis über den Inhalt zu erlangen sowie alle meine Behandlung betreffenden Fragen zu stellen.

Sofern der DMKG-Experte mich selbst untersucht, entbinde ich auch den DMKG-Experten von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der DMKG und dem vorstehend genannten behandelnden Arzt im jeweils selben Umfang wie die DMKG und der DMKG-Experte berechtigt sind, Patienteninformationen vom behandelnden Arzt zu erhalten.

Die Entbindung gilt für die Dauer meiner Teilnahme am Projekt „MIGRA MD“ und „Kopfschmerzregister der DMKG“.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ich kann dann am Projekt „Kopfschmerzregister der DMKG“ bzw. „MIGRA MD“ nicht mehr teilnehmen.



Patient:

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme am Kopfschmerzregister und MIGRA-MD

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. Insbesondere willige ich ein, dass die mich im Zusammenhang mit dem „Kopfschmerzregister

der DMKG“ und dem Projekt „MIGRA-MD“ behandelnden Ärzte meine personenbezogenen Daten inklusive von Krankheitsdaten in die Datenbank „Kopfschmerzregister der DMKG“ eingeben und damit der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V., Fetscherstr. 74, 01307 Dresden, als Verantwortliche und deren Auftragsverarbeitern zugänglich machen. Ebenso willige ich in die Weitergabe an einen DMKG-Experten im Rahmen eines Konsils ein.



Patient:

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten