

Bitte das Original für die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt,  
die Durchschrift für die Patientin / den Patienten.

Vor- und Zuname  
der Patientin / des Patienten

---

Adresse

---

---

---

Mein/e behandelnde/r Ärztin/Arzt hat mich gemäß § 21a Absatz 4 TFG über das **dhr** informiert und aufgeklärt.

Titel, Name, Vorname  
der Ärztin/des Arztes

---

Adresse Praxis / Einrichtung

---

(Stempel)

---

Ich wurde darauf hingewiesen, dass meine Teilnahme am **dhr** freiwillig ist und dass ich das Recht habe, die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Fall eines Widerrufs der Einwilligung werden meine bis dahin im **dhr** gespeicherten Daten anonymisiert, d.h. einer zufälligen Nummer zugeordnet. Es werden keine weiteren Daten erfasst.

Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen, die zufriedenstellend und vollständig beantwortet wurden. Umfang und Verfahrensablauf bei einer Teilnahme am **dhr** sind erkennbar geworden. Zusätzlich zu den schriftlichen Informationen wurden folgende Fragestellungen besprochen:

---

---

Mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im **dhr**, einschließlich der Auswertung und Rückübermittlung an meine/n behandelnde/n Ärztin/Arzt, bin ich einverstanden **NEIN**  **JA**

Mit meiner Einwilligung entbinde ich zugleich meine/n oben genannte/n behandelnde/n Ärztin/Arzt insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht, als dies für die Teilnahme am **dhr** erforderlich ist.

Die schriftliche Patienteninformation zum **dhr** habe ich erhalten. Ich wurde darüber informiert, welche Daten zu meiner Person und zu meinem Gesundheitszustand an das **dhr** übermittelt werden und dass sowohl die am **dhr** beteiligten Parteien als auch Wissenschaft und Forschung meine pseudonymisierten Daten zur Kenntnis nehmen, verarbeiten und nutzen können. Sind bereits Daten von mir in der alten Datenbank gespeichert, bin ich mit einer Übertragung dieser Daten in das neue **dhr** einverstanden.

Mir ist bewusst, dass es sich bei den an das **dhr** übermittelten Daten um Gesundheitsdaten handelt, das bedeutet um personenbezogene Daten besonderer Kategorie im Sinne des Art. 9 Abs. 1 DSGVO (Datenschutzgrundverordnung) .

---

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/in

---

Ort, Datum

Unterschrift Ärztin/Arzt