

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die medizinischen Partner, Versorgungspartner und Koordinatoren von Ambulanzpartner, die mit meiner Versorgung beauftragt sind, personenbezogene Daten und Gesundheits-, Behandlungs- und Versorgungsdaten über meine Versorgung und Behandlung erheben und speichern, um meine medizinische Versorgung zu verbessern.

Erklärung zur Nutzung meiner Daten für medizinische Forschung

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die im APVP erhobenen und gespeicherten Daten in **pseudonymisierter Form** für wissenschaftliche oder gesundheitswirtschaftliche Zwecke (medizinische Forschung) verarbeitet werden, so z.B. für Analysen, Publikationen oder die medizinische Ausbildung. Dabei bin ich mit der Nutzung meiner Daten für die folgenden Zwecke einverstanden (Zutreffendes ankreuzen; bei keinem Kreuz erfolgt keine Nutzung der Daten für medizinische Forschung)

- Auswertung meiner pseudonymisierten Daten für die medizinische Forschung in Kooperation mit Universitätskliniken und anderen akademischen Einrichtungen, um eine Weiterentwicklung von medizinischer Behandlung zu fördern.
- Auswertung meiner pseudonymisierten Daten für die medizinische Forschung in Kooperation mit Unternehmen der Gesundheitswirtschaft, um Entwicklungen oder Weiterentwicklungen von Medizintechnik, Medikamenten, anderen Medizinprodukten oder Behandlungsverfahren zu fördern.
- Einladungen zu Umfragen und Erhebungen zur medizinischen Forschung (telefonisch, per Post, per E-Mail oder das APVP).
- Auswertung meiner Daten aus Umfragen und Erhebungen über Behandlungen, Versorger, Medizinprodukte oder Arzneimittel, die **anonymisiert**, ohne Rückschlüsse auf meine Person, auf dem APVP dargestellt werden.

Erklärung zum Newsletter

- Ich möchte den Newsletter (Informationsbrief) für Patienten und Angehörige erhalten, der Nachrichten aus medizinischer Forschung sowie Hinweise zur Versorgungskoordination beinhaltet. Ich bin damit einverstanden, dass der Newsletter an die unten eingetragene E-Mail-Adresse versendet wird. Der Newsletter ist kostenlos und kann von mir jederzeit mit einer E-Mail an registrieren@ambulanzpartner.de abbestellt werden (Zutreffendes ankreuzen):

- Zusendung des Newsletters keine Zusendung des Newsletters

Erklärung zur Freiwilligkeit und zum Widerruf

- Ich bin darüber informiert, dass meine Teilnahme an der Versorgungskoordination und die Nutzung meiner Daten für medizinische Forschung durch die APST freiwillig ist und dass ich diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.
- Im Fall des Widerrufs meiner Einwilligung entstehen mir keine Nachteile.
- Meine Daten werden bei Widerruf meiner Einwilligung unverzüglich gelöscht.
- Diese Einwilligung gilt auch postmortal, sofern sie nicht zu Lebzeiten oder von einem Rechtsnachfolger widerrufen wird.

Kontaktdaten

	Mobiltelefon-Nummer	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
	Telefonnummer	<input type="text"/>		
	E-Mail-Adresse	<input type="text"/>		
	Alternative E-Mail-Adresse	<input type="text"/>		
	Ort, Datum	<input type="text"/>	Unterschrift	 <input type="text"/>