

Ambulanzpartner Soziotechnologie APST GmbH  
Westhafenstraße 1  
Verwaltungsgebäude F  
13353 Berlin

per E-mail: [koordination@ambulanzpartner.de](mailto:koordination@ambulanzpartner.de)

per Fax: 030-20164002

## **Einwilligungserklärung**

*zur Teilnahme am Versorgungsmanagement und an der Versorgungsforschung durch die Ambulanzpartner Soziotechnologie APST GmbH und zur Nutzung des Ambulanzpartner Versorgungsportals*

Die Ambulanzpartner Soziotechnologie APST GmbH, Westhafenstraße 1, 13353 Berlin („APST“) bietet eine Koordination, Kommunikation und Vernetzung zwischen Patienten (und ihren Angehörigen), medizinischen Partnern (z.B. Ärzten, Sozialdiensten) und Versorgungspartnern der Hilfs-/Heilmittel- und Medikamentenversorgung (z.B. Sanitätshäuser, Therapiepraxen, Apotheken) sowie der pflegerischen Versorgung (zusammenfassend „Versorgungspartner“) an. Der teilnehmende Patient, seine Versorgungspartner, medizinischen Partner und Koordinatoren werden als „Versorgungsnetzwerk“ bezeichnet. Die Internetplattform „Ambulanzpartner Versorgungsportal“ (APVP; unter [www.ambulanzpartner.de](http://www.ambulanzpartner.de) abrufbar) ist die Koordinierungs- und Kommunikationsplattform, auf der die Teilnehmer des Versorgungsnetzwerkes digital vernetzt werden. Das APVP beinhaltet eine elektronische Versorgungsakte mit Gesundheits-, Behandlungs- und Versorgungsdaten des Patienten und eine digitale Prozesssteuerung zum Zwecke der Versorgungsorganisation und Versorgungsforschung.

Zur Unterstützung meiner medizinischen Behandlung besteht die Möglichkeit, die Versorgungsorganisation durch die APST in Anspruch zu nehmen.

Aus den mir zur Verfügung gestellten Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB), der Patienteninformation („Leistungsbeschreibung“) und der Datenschutzerklärung ist mir bekannt, dass mittels des APVP eine Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten sowie Gesundheitsdaten, Behandlungsdaten und Versorgungsdaten (zusammenfassend „Daten“) stattfindet. Die Nutzung der Daten erfolgt mit dem Ziel, meine medizinische Versorgung durch eine umfassende Kenntnis und stetige Aktualisierung der Daten zu verbessern. Dabei ist eine vollständige zweckgebundene Verarbeitung und Nutzung der Daten für alle autorisierten Nutzer innerhalb des APVP möglich. Autorisierte Nutzer des APVP sind meine medizinischen Partner (z. B. Ärzte), meine Versorgungspartner (z.B. Sanitätshäuser, Therapiepraxen, Apotheken) und die Koordinatoren, die mit der Koordination meiner medizinischen Versorgung beauftragt sind. Ich selbst kann ebenfalls sämtliche Daten im APVP einsehen.

Ich habe die Allgemeinen Geschäftsbedingungen für Patienten, die Patienteninformation („Leistungsbeschreibung“) und die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und gebe insbesondere in Kenntnis der dort beschriebenen Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung nachfolgende Einwilligungserklärung ab:

- Ich möchte an der Versorgungsorganisation durch die APST teilnehmen, um meine medizinische Versorgung zu verbessern.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten sowie meine Gesundheits-, Behandlungs- und Versorgungsdaten nach Maßgabe vorstehender Ausführungen an folgende Personen zur Verarbeitung und Nutzung überlassen werden, um meine Versorgung zu verbessern: medizinische Partner, Versorgungspartner und Koordinatoren, die mit meiner Versorgung beauftragt sind.

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

• Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die im APVP erhobenen und gespeicherten Daten in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche oder gesundheitswirtschaftliche Zwecke (Versorgungsforschung) 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 Versorgungsforschung)

- Erhalt von Einladungen zu Bewertungen, Umfragen und Erhebungen zur Versorgungsforschung (telefonisch oder per Email).
- Darstellung der von mir erhobenen pseudonymisierten Bewertungsdaten über Behandlungen, Versorger, Medizinprodukte oder Arzneimittel auf den Internetseiten der APVP.
- Auswertung meiner pseudonymisierten Daten für die Versorgungsforschung in Kooperation mit akademischen Einrichtungen in Deutschland, um eine Weiterentwicklung von medizinischer Behandlung zu fördern.
- Auswertung meiner pseudonymisierten Daten für die Versorgungsforschung in Kooperation mit Unternehmen der Gesundheitswirtschaft, um Entwicklungen oder Weiterentwicklungen von Medizintechnik, Medikamenten, anderen Medizinprodukten oder Behandlungsverfahren zu fördern.

• Ich möchte den elektronischen Newsletter für Patienten und Angehörige mit Informationen und Neuigkeiten der APST erhalten. 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 per E-Mail an [koordination@ambulanzpartner.de](mailto:koordination@ambulanzpartner.de) abbestellt werden (Zutreffendes ankreuzen):

- Zusendung des Newsletters
- keine Zusendung des Newsletters

• Ich bin darüber informiert, dass meine Teilnahme an der Versorgungscoordination und Versorgungsforschung durch die APST freiwillig ist und dass ich diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, Nachteile für meine weitere Behandlung entstehen mir daraus nicht. Meine Daten werden in diesem Falle unverzüglich gelöscht. Diese Einwilligung gilt auch postmortal, sofern sie nicht zu Lebzeiten oder von einem Rechtsnachfolger widerrufen wird.

- Frau
- Herr

Vorname (in BLOCKBUCHSTABEN) \_\_\_\_\_

Nachname (in BLOCKBUCHSTABEN) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

E-Mailadresse \_\_\_\_\_

Postadresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_