

Einwilligungserklärung

zur Teilnahme an der Versorgungscoordination und an der medizinischen Forschung durch die Ambulanzpartner Soziotechnologie APST GmbH und zur Nutzung des Ambulanzpartner Versorgungsportals.

Anrede:	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Titel _____		
Vorname	<input type="text"/>				
Nachname	<input type="text"/>				
Geburtsdatum	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Postadresse					
Straße, Hausnr.	<input type="text"/>				
Ort	<input type="text"/>				
PLZ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Die Ambulanzpartner Soziotechnologie APST GmbH, Westhafenstraße 1, 13353 Berlin (nachfolgend „APST“ genannt) bietet eine Koordination, Kommunikation und Vernetzung zwischen Patienten (und ihren Angehörigen), medizinischen Partnern (z.B. Ärzten, Sozialdiensten) und Versorgungspartnern der Hilfs- und Heilmittel- sowie 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 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 sowie eine digitale Prozesssteuerung zur Unterstützung der Versorgungscoordination und der medizinischen Forschung.

Zur Unterstützung meiner medizinischen Behandlung besteht die Möglichkeit, die Versorgungscoordination 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:

Erklärung zur Versorgungscoordination

- Ich möchte an der Versorgungscoordination 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 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"/>		<input type="text"/>
	Weitere Telefonnummer	<input type="text"/>		<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"/>

Registrierung als Angehöriger eines Patienten

zur Nutzung des Ambulanzpartner Versorgungsportals

Ich bin Angehöriger des unten genannten Patienten, der das Versorgungsmanagement durch die Ambulanzpartner Soziotechnologie APST GmbH und die Nutzung des Ambulanzpartner Versorgungsportals in Anspruch nimmt. Ich habe die Allgemeinen Geschäftsbedingungen für Patienten, die Leistungsbeschreibung und die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und möchte mich zur Nutzung des Ambulanzpartner Versorgungsportals registrieren.

Patient	
Vorname	<input type="text"/>
Nachname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Angehöriger	
Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr Titel _____
Beziehung zum Patienten	<input type="checkbox"/> Ehepartner(in) <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in) <input type="checkbox"/> Freund(in)
	<input type="checkbox"/> Vorsorgebevollmächtigter <input type="checkbox"/> gesetzliche(r) Betreuer(in)
	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____
Vorname	<input type="text"/>
Nachname	<input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>
E-Mail Adresse	<input type="text"/>
Postadresse	
Straße, Hausnr.	<input type="text"/>
Ort	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>
Unterschrift Patient	 _____
Unterschrift Angehöriger	 _____
Ort, Datum	_____

Nach dem Eingang dieser unterzeichneten Registrierung erhält der Nutzer von der Ambulanzpartner Soziotechnologie APST GmbH eine E-Mail mit einem Registrierungslink für die Software des Ambulanzpartner Versorgungsportals. Die Vergabe von Benutzername und Passwort erfolgt durch den Nutzer selbst.