



Aufnahmebogen

Geschlecht: w m x

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? Internet Zeitung, Plakat Zuweisung Event pers. Empfehlung Praxisbeschilderung Vorgängerpraxis Andere

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Beruf: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Festnetztelefon: _____ Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____ Krankenversicherung: _____

Korrespondenz: Brief E-Mail

Gesetzliche Vertretung (z. B. bei Kindern):

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Bei Unfallpatient:in

Name/Ort Arbeitgeber: _____ Telefon Arbeitgeber: _____

Fragebogen

Ist in der Familie/Verwandschaft ein Glaukom (grüner Star/hoher Augendruck) bekannt? Nein Ja

Haben Sie allgemeine Erkrankungen (z. B. Diabetes, Bluthochdruck, Rheuma, multiple Sklerose)? Nein Ja

Wenn ja, welche: _____

Hatten/Haben Sie bereits eine Augenerkrankung, Augenoperation oder Augenverletzung? Nein Ja

Wenn ja, welche: _____

Tragen Sie Kontaktlinsen? Nein Ja

Wenn ja, welche: Harte Linse Weiche Linse

Nehmen Sie Medikamente? Nein Ja

Wenn ja, welche: _____

Haben Sie Allergien? Nein Ja

Wenn ja, welche: _____

Hausärztin/Hausarzt

Name/Ort: _____

Ich akzeptiere, dass meine Daten zu Kommunikationszwecken, z. B. für den Versand von für mich relevante Informationsschreiben, Newslettern, Patientenbefragungen, Einladungen zu Veranstaltungen oder Vorträgen genutzt werden dürfen.

Aufklärung/Unterschrift Patient:in

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die obigen Angaben wahrheitsgetreu ausgefüllt habe und erkläre mich damit einverstanden, dass die Rechnung direkt an meine Krankenkasse geschickt wird (Tiers payant). Hiermit akzeptiere ich die Datenschutzerklärung der Augenarzt-Praxisgemeinschaft Gutblick AG. Diese liegt am Empfang ausgedruckt vor und kann unter folgendem Link abgerufen werden:

www.gutblick.ch/de/datenschutzerklaerung.

Datum: _____ Unterschrift: _____



Information zur Weiterverwendung gesundheitsbezogener Daten zu Forschungszwecken

Liebe Patientin, lieber Patient

Aktuell befinden Sie sich aufgrund eines augenärztlichen Befundes bei uns in ärztlicher Behandlung. Diese Behandlung aber auch künftige Behandlungen sind nicht zuletzt durch langjährige Forschung durch Ärzt:innen, Wissenschaftler:innen und Patient:innen verschiedener Generationen ermöglicht worden.

Als Teil eines medizinischen Forschungsinstituts sind wir um die Fortentwicklung und Neuentwicklung von Behandlungs- und Diagnosemöglichkeiten bemüht, indem wir eigene Forschungsstudien durchführen oder bei bestehenden Studien mitwirken. Hierbei sind wir auf das Mitwirken unserer Patient:innen angewiesen, denn ohne Ihre gesundheitsbezogenen Daten (z. B. Ihre Krankengeschichte und Laborergebnisse) ist kein medizinischer Fortschritt möglich. So ist Ihre Krankengeschichte mit Laborergebnissen enorm wertvoll für die Forschung.

In diesem Informationsblatt möchten wir Ihnen aufzeigen, wie Sie einen Beitrag zum medizinischen Fortschritt leisten können, indem Sie in die Nutzung Ihrer gesundheitsbezogenen Daten einwilligen und zeigen Ihnen zudem auf, wie Ihre Patientendaten und -rechte geschützt werden.

Wir danken Ihnen herzlich für Ihr Interesse und Ihre Unterstützung.



Wie können Sie Ihren Beitrag zur Forschung leisten?

Wenn Sie das nachfolgende Einwilligungsförmular mit «Ja» unterschreiben, stellen Sie Ihre gesundheitsbezogenen Daten der Forschung zur Verfügung. Die Einwilligung gilt für alle Daten, die bereits erhoben wurden oder zukünftig erhoben werden.

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sie gilt zeitlich unbegrenzt, falls sie nicht widerrufen (zurückgezogen) wird. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit über die unten stehende Kontaktadresse widerrufen, ohne eine Begründung dafür abzugeben. Im Zeitpunkt des Widerrufs der Zustimmung bereits in einem Forschungsprojekt verwendete Daten dürfen jedoch weiterhin genutzt werden. Nach dem Widerruf werden Ihre Daten für neue Forschungsprojekte nicht mehr zur Verfügung gestellt. Ihre Entscheidung für oder gegen die Bereitstellung Ihrer Daten für Forschungszwecke hat keinen Einfluss auf Ihre medizinische Behandlung.

Wie werden Ihre gesundheitsbezogenen Daten geschützt?

Ihre Daten werden von uns gemäss den gesetzlichen Vorschriften bearbeitet und geschützt. Nur befugte Forschungsmitarbeitende, wie beispielsweise Ärzt:innen, haben Einsicht in die unverschlüsselten Daten aus Ihrer Krankengeschichte.

Wenn Ihre Daten für Forschungsprojekte verwendet werden, so werden sie verschlüsselt oder anonymisiert. Verschlüsselt bedeutet, dass alle personenbezogenen Daten wie Ihr Name oder Geburtsdatum durch einen Code ersetzt werden. Der Schlüssel, der zeigt, welcher Code zu welcher Person gehört, wird durch eine nicht am Forschungsprojekt beteiligte Person sicher verwahrt. Personen, die keinen Zugang zum Schlüssel haben, können Sie nicht identifizieren. Werden Daten anonymisiert, gibt es keinen Schlüssel, der auf Ihre Person zurückführt.

Wer darf Ihre gesundheitsbezogenen Daten verwenden?

Ihre Daten werden unseren berechtigten Forschungsmitarbeitenden für spezifische Forschungsprojekte zur Verfügung gestellt oder können in Forschungsprojekten in Zusammenarbeit mit anderen öffentlichen oder privaten Institutionen verwendet werden (andere Institute, Universitäten oder pharmazeutische Unternehmen). Die Projekte können in der Schweiz oder im Ausland durchgeführt werden. Bei Forschungsprojekten im Ausland gelten mindestens die gleichen Anforderungen an den Datenschutz wie in der Schweiz. Alle internen, aber auch externen Forschungsprojekte unterliegen hierbei einer Überprüfung der zuständigen Ethikkommission.

Werden Sie über Forschungsergebnisse informiert?

Forschungsprojekte mit Daten führen in der Regel nicht zu Informationen, die unmittelbar für die Gesundheit einer einzelnen Person von Belang sind. Sollte dennoch ein für Sie bedeutendes Ergebnis gefunden werden und eine medizinische Massnahme verfügbar sein, ist eine Kontaktaufnahme durch uns möglich.

Werden Sie finanzielle Vor- oder Nachteile haben?

Es entstehen für Sie keine zusätzlichen Kosten. Es ist von Gesetzes wegen ausgeschlossen, mit Ihren Daten Geld zu erwirtschaften. Es entsteht daher weder für Sie noch für uns ein finanzieller Vorteil.

Falls Sie noch Fragen haben oder zusätzliche Informationen wünschen, wenden Sie sich bitte an die unten stehende Kontaktadresse oder besuchen Sie unsere Website.

Augenarzt-Praxisgemeinschaft Gutblick AG

Zentrum Staldenbach 8
8808 Pfäffikon
Schweiz

Telefon 055 552 76 72
research@gutblick.ch
www.gutblick.ch



Name _____
ID _____ (durch Praxispersonal auszufüllen)

Einwilligungserklärung zur Weiterverwendung von gesundheitsbezogenen Daten

Ich stimme hiermit zu,

dass meine gesundheitsbezogenen Daten, die während meines ambulanten Aufenthaltes erhoben bzw. entnommen werden, der Forschung zur Verfügung stehen.

Ja Nein

Ich weiss, dass

- + auf dem vorhergehenden Informationsblatt die Bestimmungen zur Weiterverwendung meiner Daten beschrieben sind. Ich habe diese Informationen gelesen und verstanden.
- + meine persönlichen Daten geschützt sind.
- + meine Daten in nationalen und internationalen Projekten, innerhalb öffentlicher und privater Institutionen, verwendet werden können.
- + ich kontaktiert werden kann, falls für mich relevante Informationen gefunden werden.
- + meine Entscheidung freiwillig ist und keinen Einfluss auf meine Behandlung hat.
- + meine Entscheidung zeitlich unbegrenzt gilt.
- + ich meine Zustimmung jederzeit ohne Begründung zurückziehen kann.

Ort, Datum:

Unterschrift Patient:in, sofern urteilsfähig

Ort, Datum:

Unterschrift gesetzlicher Vertreter, falls zutreffend
(Name und Bezug zu Patient:in)

Sie erhalten eine Kopie dieser Seite mit Unterschrift, wenn Sie dies wünschen. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Ihre behandelnden Ärzt:innen oder an folgenden Kontakt:

Augenarzt-Praxisgemeinschaft Gutblick AG

Zentrum Staldenbach 8
8808 Pfäffikon
Schweiz

Telefon 055 552 76 72
research@gutblick.ch
www.gutblick.ch