

Datenschutzinformation und Einverständnis

für die Datenerfassung und -verarbeitung zur Evaluation der homöopathischen ambulanten Behandlung von Patientinnen und Patienten mit COVID-19

Liebe Patientin, lieber Patient,

bei COVID-19 handelt es sich um eine Infektionskrankheit, entstanden durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2. Eine spezifische Behandlung, insbesondere in der Grundversorgung, existiert bislang nicht.

Der Deutsche Zentralverein homöopathischer Ärzte (DZVhÄ) hat beschlossen, bei seinen Mitgliedern die durchgeführten Therapien zu evaluieren. Ziel ist die qualitative Verbesserung der Behandlung von COVID-19. Zu diesem Zweck erfolgt eine Datenerfassung, die vollständig anonymisiert ist. Anonymisiert bedeutet, dass aufgrund der Angaben nicht oder nur mit unverhältnismäßig großem Aufwand auf Ihre Person geschlossen werden kann. Aufgrund der Anonymisierung unterliegt die Auswertung der Behandlungsdaten nicht der DSGVO. Dennoch benötigen wir für die Erhebung der Daten Ihr Einverständnis.

Erfasste Daten

Im Rahmen der Evaluation werden von Ihnen folgende Daten erfasst: Alter, Geschlecht, Symptome, Begleiterkrankungen (z.B. hoher Blutdruck, Diabetes, chronische Atemwegserkrankungen, Herzerkrankungen, Krebserkrankungen, Immundefizite), das Resultat Ihres COVID-19-Tests, Komplikationen (z.B. das Auftreten einer Lungenentzündung), Krankenhauseinweisung im Krankheitsverlauf, die verschriebenen homöopathischen und ggf. weitere Arzneimittel (Name, Potenz/Stärke, Dosierung), die Verlaufsbeurteilung (beschwerdefrei, besser, nicht besser, Verschlechterung) sowie weitere Maßnahmen (z.B. Physiotherapie, integrative Verfahren wie Akupunktur, Naturheilkunde u.a.).

Praktisches Vorgehen

Ihr/e behandelnde/r Ärztin/Arzt gibt die oben aufgeführten Angaben in einen Erfassungsbogen ein. Dieser wird verschlüsselt an den DZVhÄ übermittelt (Transportverschlüsselung). Der DZVhÄ speichert diese Daten auf einem gegen fremde Zugriffe nach dem Stand der Technik geschützten EDV-System. Zugriff zu den dort gespeicherten Erfassungsbögen haben ausschließlich die an der Auswertung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte der vom DZVhÄ hierfür eingerichteten Arbeitsgruppe.

Nutzen für die Teilnehmenden

Die Teilnahme an der Evaluation hat für Sie keinen direkten persönlichen Nutzen. Dank Ihrer Teilnahme können Daten zur homöopathischen Behandlung von COVID-19 erfasst und ausgewertet werden. Langfristiges Ziel ist, Behandlungsrichtlinien und -empfehlungen zu entwickeln.

Weitergabe der Daten an Dritte

Es erfolgt keine Weitergabe ihrer Daten an Dritte.

Ihre Rechte

Es steht Ihnen frei, Ihre Daten für diese Untersuchung zur Verfügung zu stellen. Wenn Sie darauf verzichten, hat das keinen Einfluss auf Ihre Behandlung. Das gleiche gilt, wenn Sie Ihre Einwilligung zu einem späteren Zeitpunkt widerrufen.

Aufgrund der Anonymisierung der Daten betrifft ein Widerruf jedoch nur die Zukunft. Ab dem Zeitpunkt des Widerrufes wird Ihr/e Ärztin/Arzt keine Behandlungsdaten von Ihnen an den DZVhÄ übermitteln.

Ihr Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung bezieht sich aufgrund der Anonymisierung nur auf die von Ihrer/m Ärztin/Arzt noch nicht übermittelten Informationen.

Verantwortliche

Verantwortlich für die Erhebung und anonyme Übermittlung Ihrer COVID-19 Behandlungsdaten ist Ihr/e behandelnde Arzt/Ärztin.

Praxisstempel

Verantwortlich für die Verarbeitung der von Ihrer/m Ärztin/Arzt übermittelten anonymen Daten ist der

Deutsche Zentralverein homöopathischer Ärzte e.V. (DZVhÄ) Axel-Springer-Str. 54 B
10117 Berlin

Der Datenschutzbeauftragte des DZVhÄ ist Dipl.-Ing. Ulrich Meyer-Ciolek:
datenschutz@dzvhae.de

Sie haben das Recht, sich über die Verarbeitung personenbezogener Daten durch den DZVhÄ bei einer der Aufsichtsbehörden für den Datenschutz zu beschweren.

Einverständnis zur Teilnahme an der oben beschriebenen Behandlungsevaluation

Name und Vorname Patient*in:

Geburtsdatum:

Unterschrift:

Hiermit willige ich ein, dass gesundheitsbezogene Daten, die bei der mir durchgeführten medizinischen Behandlung einer COVID-19-Erkrankung erfasst wurden, in der oben beschriebenen Weise und zu dem oben beschriebenen Zweck in anonymisierter Form von meiner/m Ärztin/Arzt an den DZVhÄ weitergegeben und dort verarbeitet werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift