

# **Datenschutzinformation und Einverständnis**

für die Datenerfassung und -verarbeitung zur Evaluation der homöopathischen ambulanten Behandlung von Patient\*innen mit COVID-19

Liebe Patientin, lieber Patient

Bei COVID-19 handelt es sich um eine Infektion mit dem neuen Coronavirus SARS-CoV-2. Eine spezifische Behandlung oder Standardtherapie existiert bis heute nicht. Dies vor allem auch in der Grundversorgung von Patient\*innen, die ambulant behandelt werden.

Der Deutsche Zentralverein Verein 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. Für die Erhebung der Daten benötigen wir aber Ihr Einverständnis.

## **Erfasste Daten**

Im Rahmen der Evaluation werden von Ihnen folgende Daten erfasst: Alter, Geschlecht, Begleiterkrankungen (hoher Blutdruck, Diabetes, chronische Atemwegserkrankung, Herzerkrankungen, Krebserkrankungen, geschwächtes Immunsystem), Resultat COVID-19-Test, Komplikationen im Verlauf (Lungenentzündung, Andere), Krankenhauseinweisung im Verlauf, verschriebene homöopathische Arzneimittel (Name, Potenz, Dosierung), Verlauf (beschwerdefrei, besser, nicht besser, Verschlechterung) sowie weitere Maßnahmen (z. B. weitere Medikamente).

## **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 habe ausschließlich die an der Auswertung teilnehmenden Ärzt\*innen der von DZVhÄ dafür eingerichteten Arbeitsgruppe.

## **Nutzen für die Teilnehmenden**

Die Teilnahme an dieser Evaluation hat für sie keinen gesicherten Nutzen. Dank ihrer Teilnahme können die Ergebnisse der Evaluation aber anderen Patient\*innen zu Gute kommen.

## **Weitergabe der Daten an Dritte**

Es erfolgt keine Weitergabe ihrer Daten an Dritte.

## **Ihre Rechte**

Es steht ihnen frei, uns ihre Daten für diese Untersuchung zur Verfügung zu stellen. Wenn sie darauf verzichten, hat dies 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 Widerrufs wird ihr/e Ärztin/Arzt keine Behandlungsdaten von ihnen mehr 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

Deutscher 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](mailto:datenschutz@dzvhae.de)

Sie haben auch 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:

Ich willige hiermit ein, dass gesundheitsbezogene Daten über mich, die bei der 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