

Teilnahmeerklärung

an der Datenerfassung zur Evaluation der homöopathischen ambulanten Behandlung von Patient*innen mit COVID-19

Anrede und Titel
Vorname Nachname
Adresse (Praxis)
PLZ/Ort (Praxis)
E-Mail-Adresse

erklärt hiermit die Teilnahme an der Datenerfassung zur Evaluation der homöopathischen ambulanten Behandlung von Patient*innen mit COVID-19.

Der/die Teilnehmende wird Behandlungsdaten in anonymisierter Form auf dem vom DZVhÄ zur Verfügung gestellten Erfassungsbogen zur Auswertung auf sicherem Weg (transport-verschlüsselte Übertragung in ein Web-Portal) an eine ärztliche Arbeitsgruppe des DZVhÄ übermitteln und nach der Übermittlung den Erfassungsbogen bei sich löschen/vernichten.

Dabei wird der/die Teilnehmende die ärztliche Schweigepflicht unbedingt wahren und keine Daten übermitteln, die einen Rückschluss auf die behandelte Person zulassen.

Der/die Teilnehmende stellt sicher, dass Patient*innen, deren Daten mit Hilfe des vom DZVhÄ zur Verfügung gestellten Erfassungsbogens an den DZVhÄ übertragen werden, ihr Einverständnis dafür erteilt haben und die Information zum Datenschutz erhalten haben. Diese Einverständniserklärung muss aufgrund der Nachweispflichten entsprechend der Behandlungsdokumentation verwahrt werden (z.B. in der Patient*innenakte) und unterliegt den gleichen Aufbewahrungsfristen.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Teilnehmers

Praxisstempel

Bitte übermitteln sie diese Teilnahmeerklärung unterschrieben per Mail (Scan) oder Fax an die unten angegebene Mail-Adresse oder Fax-Nummer. Der DZVhÄ ist verantwortlich für die Verarbeitung der übermittelten Daten.

Deutscher Zentralverein homöopathischer Ärzte e.V.

Axel-Springer-Str. 54 B

10117 Berlin

Telefon: (030) 325 9734 0

Telefax: (030) 325 9734 19

E-Mail: geschaeftsstelle@dzvhae.de