

Widerrufsformular zum Broad Consent

Wenn Sie Ihre Einwilligungserklärung gegenüber der KK-KLINK zur Nutzung von Patientendaten und/oder Bioproben für medizinische Forschungszwecke in ausgewählten Punkten oder vollständig widerrufen möchten, können Sie dieses Formular ausfüllen und per E-Mail an TREUHANDSTELLE@kerckhoff-klinik.de oder postalisch an die Kerckhoff Klinik zu Händen Treuhandstelle zurücksenden.

Ein Widerruf bezieht sich dabei immer nur auf die **künftige Verwendung** Ihrer Patientendaten und Bioproben. Daten aus bereits durchgeführten Analysen oder erfolgten Publikationen können nachträglich nicht mehr entfernt werden. Im Falle eines Widerrufs werden die von Ihnen für die Forschung zur Verfügung gestellten Bioproben vernichtet und Ihre auf Grundlage dieser Einwilligung gespeicherten Daten gelöscht. Wenn eine Löschung nicht oder nicht mit zumutbarem technischen Aufwand möglich ist, werden Ihre Patientendaten anonymisiert, indem der Ihnen zugeordnete Identifizierungscode gelöscht wird. Statt der Vernichtung bzw. Löschung können Sie auch einer Anonymisierung zustimmen, und somit ermöglichen, dass die Bioproben und Daten in anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke weiterverwendet werden dürfen. Die Anonymisierung Ihrer Patientendaten kann allerdings eine spätere Zuordnung von – insbesondere genetischen- Informationen zu Ihrer Person über andere Quellen niemals völlig ausschließen.

Ihre Daten:

Nachname, Vorname:	Geburtsdatum:
--------------------	---------------

1. Widerruf der Erhebung, Verarbeitung und wissenschaftliche Nutzung meiner Patientendaten, wie in der Patienteninformation beschrieben; dies umfasst

1.1 die Verarbeitung und Nutzung meiner Patientendaten für die medizinische Forschung ausschließlich wie in der Patienteninformation beschrieben.

1.2 die wissenschaftliche Analyse und Nutzung meiner codierten Patientendaten durch Dritte wie z.B. durch andere Universitäten/Institute/forschende Unternehmen; dies umfasst auch eine Weitergabe für Forschungsprojekte im Ausland.

1.3 die Möglichkeit einer Zusammenführung meiner Patientendaten mit Daten in Datenbanken anderer Forschungspartner.

Ich widerrufe die Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und wissenschaftliche Nutzung meiner **Patientendaten** wie in Punkt 1.1 bis 1.3 der Einwilligungserklärung und Punkt 1.1 bis 1.2 der Patienteninformation beschrieben.

☐ Ja ☐ Nein

Ich widerrufe die Verarbeitung und wissenschaftliche Nutzung meiner **Patientendaten, die im Rahmen früherer Behandlungen (bis maximal 30 Jahre zurück!) erhoben wurden**, wie in Punkt 1.1 bis 1.3 der Einwilligungserklärung und Punkt 1.1 bis 1.2 der Patienteninformation beschrieben.

☐ Ja ☐ Nein

Mein Widerruf umfasst auch die Übermittlung meiner **Patientendaten** in Länder, bei denen von der Europäischen Kommission kein angemessenes Datenschutzniveau festgestellt wurde. **Über die möglichen Risiken einer solchen Übermittlung bin ich aufgeklärt worden** (Punkt 1.4 in der Patienteninformation).

☐ Ja ☐ Nein

2. Widerruf der Übertragung und wissenschaftliche Nutzung meiner Krankenkassendaten

Hiermit widerrufe ich meine Einwilligung, dass meine Krankenkasse auf Anforderung durch das Datenintegrationszentrum (DIZ) der JLU Gießen und die Kerckhoff-Klinik Daten über von mir in Anspruch genommene ärztliche Leistungen in der ambulanten Versorgung und bei stationären Aufenthalten, über verordnete Heil- und Hilfsmittel sowie Arzneimittel und Angaben zum Bereich Pflege an die Kerckhoff-Klinik übermitteln darf.

2.1 Ich widerrufe meine Einwilligung für die Übermittlung meiner Krankenversicherungs-Nummer an die Kerckhoff Klinik (vgl. 1.2 Patienteninformation) rückwirkend für die Daten der vergangenen 5 Kalenderjahre
☐ Ja ☐ Nein

2.2 Ich widerrufe meine Einwilligung für Übermittlung meiner Krankenversicherungs-Nummer an die Kerckhoff Klinik (vgl. 1.2 Patienteninformation) für Daten ab dem Datum meiner Unterschrift über einen Zeitraum von 5 Jahren
☐ Ja ☐ Nein

3. Widerruf der Gewinnung, Lagerung und wissenschaftliche Nutzung meiner Bioproben (Gewebe und Körperflüssigkeiten), wie in der Patienteninformation beschrieben; dies umfasst

3.1 die Langzeit-Lagerung (Flüssigproben 80 Jahre, DNA unbegrenzt) und Verarbeitung meiner Bioproben in den Partnerbiobanken der FB11-Biobank für medizinische Forschungszwecke. Die Bioproben werden vernichtet werden.

3.2 die wissenschaftliche Analyse meiner codierten Bioproben sowie deren Weitergabe und Nutzung durch Dritte z.B. Universitäten/Institute/forschende Unternehmen für genauer bestimmte und beantragte medizinische Forschungszwecke; dies umfasst auch eine Weitergabe für Forschungsprojekte im Ausland.

Ebenso widerrufe ich die Einwilligung in die Möglichkeit einer Zusammenführung von Analyse-Daten meiner Bioproben mit Analyse-Daten in Datenbanken anderer Forschungspartner.

3.3 die Eigentumsübertragung meiner Bioproben an die FB11-Biobank.

Ich widerrufe meine Einwilligung in die Gewinnung, Lagerung und wissenschaftliche Nutzung meiner **Bioproben**, wie in Punkt 3.1 bis 3.3 der Einwilligungserklärung und Punkt 1 der Patienteninformation beschrieben. Meine Einwilligung umfasst auch die Entnahme **geringer zusätzlicher Mengen** von Bioproben bei einer **sowieso stattfindenden Routine-Blutentnahme oder -punktion** in den unter Punkt 1.2 der Patienteninformation beschriebenen Grenzen (30ml Blut, 10ml Nervenwasser).

☐ Ja ☐ Nein

Ich widerrufe die Verarbeitung und wissenschaftliche Nutzung meiner **Bioproben, die im Rahmen früherer Behandlungen (bis maximal 30 Jahre zurück!)** gewonnen wurden, wie in Punkt 3.1 bis 3.3 der Einwilligungserklärung und Punkt 1.2 der Patienteninformation beschrieben.

☐ Ja ☐ Nein

Mein Widerruf umfasst auch die Weitergabe meiner **Bioproben** in Länder, bei denen von der Europäischen Kommission kein angemessenes Datenschutzniveau festgestellt wurde. **Über die möglichen Risiken einer solchen Weitergabe bin ich aufgeklärt worden** (Punkt 1.4 in der Patienteninformation).

☐ Ja ☐ Nein

4. Widerruf der Möglichkeit einer erneuten Kontaktaufnahme

- 4.1 Ich widerrufe, dass ich von **der Kerckhoff-Klinik** erneut kontaktiert werden darf, um gegebenenfalls zusätzliche für wissenschaftliche Fragen relevante Informationen oder Bioproben zur Verfügung zu stellen, um über neue Forschungsvorhaben/Studien informiert zu werden, und/oder um meine Einwilligung in die Verknüpfung meiner Patientendaten mit medizinischen Informationen aus anderen Datenbanken einzuholen (siehe Punkt 2 der Patienteninformation).

☐ Ja ☐ Nein

- 4.2 Ich widerrufe, dass ich von **der Kerckhoff-Klinik** wieder kontaktiert werden darf, um über medizinische Zusatz-/Zufallsbefunde informiert zu werden (siehe Punkt 2 der Patienteninformation).

☐ Ja ☐ Nein

5. Anonymisierung meiner Patientendaten und Bioproben

Ich willige ein, dass bei meinem Widerruf meine Bioproben und Patientendaten nicht vernichtet bzw. gelöscht, sondern anonymisiert werden, d.h. dass der Identifizierungscode gelöscht wird, über den ermittelt werden kann, von welcher Person die Probe stammt und ermögliche somit, dass die Bioproben und Daten in anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke weiterverwendet werden dürfen

☐ Ja ☐ Nein

Ich wurde über die Nutzung meiner Patientendaten, Krankenkassendaten und Bioproben sowie die damit verbundenen Risiken informiert und widerrufe im vorgenannten Umfang meine Einwilligung.

Ort, Datum

Patientin/Patient