

## Parkinson-Netzwerk Ostsachsen

Ein intersektorales Versorgungs-Netzwerk

Patientennummer: \_\_\_\_\_

### Vorab-Information und Einwilligung zur Datenübermittlung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

anhand Ihrer Krankengeschichte hat Ihr/e Ärzt\*in festgestellt, dass Sie möglicherweise von einer Teilnahme am Parkinson-Netzwerk Ostsachsen (PANOS) profitieren könnten. PANOS beinhaltet eine gemeinsame elektronische Krankenakte (PANOS-Plattform), auf die alle an PANOS teilnehmenden Ärzte und Ärztinnen, die Sie in Bezug auf Ihre Parkinson-Krankheit behandeln, zugreifen können. Darüber hinaus werden Sie von Fallmanager\*innen, den PANOS-Parkinsonlots\*innen, betreut, die sich um eine bessere Integration der ambulanten und, falls erforderlich, stationären Leistungen kümmern und Ihnen in allen Angelegenheiten beratend zur Seite stehen. Sie werden in einer Patientenschule umfassend über die Parkinson-Krankheit informiert und bekommen wertvollen Hinweise zu Bewältigungsstrategien im täglichen Umgang mit der Erkrankung. Es erfolgen weiterhin regelmäßige Befragungen über Ihren Gesundheitszustand. Die Studienzentren sind die Klinik für Neurologie am Universitätsklinikum Dresden, die Klinik für Neurologie am Elblandklinikum Meißen und die Neurologie in der Klinik am Tharandter Wald in Hetzdorf. Aktuell ist PANOS ein versorgungsmedizinisches Forschungsprojekt.

Wir möchten Sie in eines der Studienzentren einladen, um Sie detailliert über das Projekt PANOS zu informieren und genau zu prüfen, ob Sie in der Tat für dieses Forschungsprojekt in Frage kommen. Darüber hinaus bieten wir Ihnen eine Untersuchung und Beratung durch einen unserer Parkinson-Spezialisten an. Um diesen Besuch vorzubereiten benötigen wir die Erlaubnis, Ihre Kontaktdaten an das PANOS-Netzwerk weiterzugeben und bei den Ärzt\*innen, die Sie bisher behandelt haben, Vorbefunde einzuholen. Über den Termin im Studienzentrum werden Sie dann telefonisch oder postalisch informiert.

Weiterhin besteht die Möglichkeit seitens der am Projekt teilnehmenden Ärzt\*innen die Arzneimittelverordnungen im Rahmen des üblichen Abrechnungsverfahrens gegenüber der Krankenkasse separat zu kennzeichnen. Ihre Krankenkasse könnte somit Kenntnis über Ihre Teilnahme an PANOS erhalten.

Die Teilnahme an diesem Projekt ist freiwillig. Sie können jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihre Einwilligung zur Teilnahme an PANOS widerrufen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile für Ihre ärztliche Versorgung entstehen.

Weitere Fragen zu PANOS beantwortet Ihnen gerne Ihr aufklärender Arzt oder einer unserer Case-Manager (Tel.: +49 351 – 458 11584).



**Parkinson-Netzwerk Ostsachsen**  
Ein intersektorales Versorgungs-Netzwerk

Patientennummer: \_\_\_\_\_

**EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG**

Name, Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

*(Bitte in Druckbuchstaben angeben)*

Ich wurde durch meinen behandelnden Arzt/meine behandelnde Ärztin über das Projekt PANOS informiert. Ich habe darüber hinaus den Text der Vorab-Information und Einwilligung zur Datenübermittlung und diese Einwilligungserklärung gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir von meinem behandelnden Arzt/ meiner behandelnden Ärztin verständlich und ausreichend beantwortet. Ich hatte genügend Zeit, mich zu entscheiden.

Kopien der Vorab-Information und Einwilligung zur Datenübermittlung und dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Da meine Teilnahme an PANOS freiwillig ist, kann ich jederzeit, auch ohne Angabe von Gründen, meine Teilnahme widerrufen, ohne dass mir dadurch irgendwelche Nachteile entstehen. Für einen Widerruf kann ich mich an meinen behandelnden Arzt wenden oder an das Studienzentrum.

**Datenschutzerklärung:**

Im Projekt PANOS werden persönliche Daten und medizinische Befunde über mich erhoben. Die Erhebung, Weitergabe, Speicherung und Auswertung dieser Angaben über Ihre Gesundheit erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt diese freiwillige Einwilligung voraus, d.h. ohne die nachfolgende Einwilligung können Sie nicht im Projekt PANOS registriert werden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten an das PANOS-Studienzentrum weitergegeben werden und die Fallmanager bei den folgenden Ärzten/Ärztinnen Vorbefunde einholen:

Name Arzt	Hausarzt / Facharzt für
Name Arzt	Hausarzt / Facharzt für
Name Arzt	Hausarzt / Facharzt für
Name Arzt	Hausarzt / Facharzt für

**Parkinson-Netzwerk Ostsachsen**

Ein intersektorales Versorgungs-Netzwerk

**Patientennummer:** \_\_\_\_\_

Die Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung der personenbezogenen Angaben/Daten ist jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerruflich.

Ich willige zur Weitergabe meiner Kontaktinformationen an das PANOS - Studienzentrum ein.

ja     nein

Ich willige in das Einholen von Vorbefunden durch das PANOS-Studienzentrum ein.

ja     nein

Bei einwilligungsfähigen Patienten:

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der Patientin / des Patienten

Bei nicht selbst einwilligungsfähigen Patienten:

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der der Bezugsperson

.....  
Beziehung zum Patienten

**Erklärung der Ärztin / des Arztes:**

Die Patientin / der Patient wurde von mir über Wesen, Bedeutung und Tragweite der klinischen Prüfung in mündlicher und schriftlicher Form aufgeklärt, ihre / seine Fragen habe ich zu ihrer / seiner Zufriedenheit beantwortet. Die Patientin / der Patient hat ohne Zwang die Einwilligung in die Datenweitergabe, zur Anmeldung an der PANOS-Plattform und für das Einholen von Vorbefunden erklärt. Ein Exemplar der schriftlichen Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung habe ich ihr / ihm ausgehändigt.

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes