



## Regionales Herzinfarktregister Sachsen-Anhalt (RHESA)

### EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Das Regionale Herzinfarktregister Sachsen-Anhalt (RHESA) erhebt Daten zu allen Herzinfarkten in ausgewählten Regionen des Landes. Ziel ist die weitere Verbesserung der Vorbeugung und Behandlung von Herz-Kreislauf-Krankheiten in unserem Land.

Die Teilnahme an der Erhebung ist freiwillig. In der beiliegenden Patienteninformation sind die Ziele und Abläufe der Registrierung dargelegt. Die Mitarbeiter des Registers stehen Ihnen darüber hinaus gern für Ihre Fragen zur Verfügung, die sich im weiteren Verlauf ergeben könnten.

Wir würden uns freuen, wenn Sie am Regionalen Herzinfarktregister teilnehmen. Hierfür benötigen wir Ihr Einverständnis zu folgenden Punkten:

- Ich willige ein, dass meine persönlichen und medizinischen Daten unter Beachtung der Bestimmungen des Datenschutzes an das Herzinfarktregister Sachsen-Anhalt (RHESA) übermittelt werden. Dort erfolgt eine getrennte Speicherung der persönlichen und wissenschaftlichen Daten. Die wissenschaftliche Auswertung erfolgt getrennt von meinen persönlichen Daten.
- Ich willige ein, dass sich das RHESA zu einem späteren Zeitpunkt an mich oder das zuständige Gesundheitsamt wendet, um sich über meinen Gesundheitszustand zu erkundigen und herzinfarktrelevante Informationen zu erhalten.
- Da es für weitere wissenschaftliche Fragestellungen wichtig ist, wer die Region des Registers verlässt, wird meine Anschrift periodisch mit meinem Einwohnermeldeamt abgeglichen.
- Ich bin darüber informiert, dass ich meine heute gegebene Einwilligung jederzeit formlos schriftlich und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. In dem Fall werden meine Daten im Herzinfarktregister anonymisiert.
- Ich willige ein, dass mein behandelnder Arzt im Krankenhaus, mein Hausarzt/zuletzt behandelnder Arzt und/oder der Notarzt (über das Einsatzprotokoll des Rettungseinsatzes) dem RHESA Auskunft über meinen Gesundheitszustand und meine Behandlungen geben kann (Schweigepflichtentbindung).



- Ich willige ein, am Herzinfarktregister Sachsen-Anhalt teilzunehmen:

ja       nein

**Falls ja**, bitten wir Sie, Folgendes vollständig auszufüllen und zu unterschreiben:

Vorname .....

Name .....

Geburtsdatum .....

Straße, Hausnummer .....

PLZ, Wohnort .....

Telefonnummer .....

Datum .....

Unterschrift .....