

# Versorgungsforschung

Nummer: KI-07965

## Patienteninformation und Einverständnis endokrinologische Versorgungsforschung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
zu einer guten und modernen Behandlung gehört auch fortwährende Qualitätssicherung, Forschung und Lehre. Das ENDOKRINOLOGIKUM Göttingen führt als interdisziplinäres DIN EN ISO 9001:2015 zertifiziertes Zentrum für Hormon- und Stoffwechselerkrankungen und der Universitätsmedizin Göttingen regelmäßig Projekte durch. Hierbei sind wir auf Ihre Unterstützung angewiesen. Wir bitten Sie daher um Ihr Einverständnis, dass Teile der Daten, die im Zusammenhang mit Ihrer Diagnostik und Behandlung gewonnen werden, unter Wahrung der Anonymität für die Qualitätssicherung, Forschung und Lehre verwendet werden können.

Hierzu werden wir Daten aus der klinischen Versorgung aller beteiligten Fachdisziplinen erheben (z.B. Alter, Geschlecht, Größe, Gewicht, Krankheitsstadium und -verlauf, Medikation), wie sie in unserem Hause routinemäßig durchgeführt und dokumentiert werden. Ihre ärztliche Behandlung und Betreuung wird durch diese Dokumentation der Daten selbstverständlich in keiner Form beeinflusst.

Die in diesem Rahmen erhobenen persönlichen Daten und Krankheitsdaten werden auf Datenerfassungsbögen und elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und in pseudonymisierter Form, d.h. ohne Angaben Ihres Namens oder auch Initialen oder sonstiger Merkmale, die Rückschlüsse auf Sie zulassen würden, ausgewertet. Die Auswertung und Weitergabe unterliegt datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Da z.T. sehr seltene Erkrankungsbilder ausgewertet werden, wird die Analyse zusammen mit anderen Praxen des Verbundes durchgeführt.

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Auswertung der Daten können elektronisch gespeichert und ggfls. in einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift oder einem wissenschaftlichen Kongress veröffentlicht oder an andere wissenschaftliche Institutionen weitergegeben werden.

Sie können jederzeit Ihr Einverständnis zur Erhebung, Auswertung und Weitergabe der Daten zurücknehmen. Dann werden keine weiteren Krankheitsdaten mehr weitergegeben. Vorher erhobene und ermittelte Daten bleiben hiervon unberührt.

### Einverständniserklärung:

---

Name/Patient	Vorname	Geburtsdatum
--------------	---------	--------------

**Ich bin einverstanden, dass Daten aus meiner Behandlung zum Zweck der Qualitätssicherung, Forschung und Lehre erhoben und ausgewertet und ggf. an andere wissenschaftliche Institutionen anonymisiert weitergegeben werden. Ich bin mir bewusst, dass ich eine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.**

**Zur Kenntnis genommen und einverstanden:**

---

Datum / Unterschrift Patient/-in/ Eltern oder Vertretungsberechtigte	Datum	Unterschrift Arzt
--	-------	-------------------