

Widerruf der Teilnahme am Qualitätsregister „Endoprothesenregister Deutschland“

Persönliche Daten der Patientin/des Patienten:

NAME: _____

VORNAME: _____

GEBURTSDATUM: _____

KRANKENKASSE: _____

VERSICHERUNGSNUMMER: _____

Hiermit widerrufe ich die von mir gegebene Einwilligung zur Teilnahme am Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) in folgenden Punkten (bitte ankreuzen):

Vollständiger Widerruf:

Ich nehme nicht mehr am EPRD teil. Meine Daten werden vollständig anonymisiert und sind meiner Person nicht mehr zuzuordnen.

ODER

nur teilweiser Widerruf:

Widerruf zur Speicherung meiner Teilnahme bei meiner Krankenkasse:

Meine Daten zur Teilnahme am EPRD werden nur noch für die gesetzlich vorgeschriebenen 10 Jahre bei meiner Krankenkasse gespeichert. Nach Ablauf der 10 Jahre erhält das EPRD keine Informationen mehr von meiner Krankenkasse.

Widerruf zur Benachrichtigung:

Meine Krankenkasse wird nicht mehr informiert, falls bei einer meiner implantierten Komponenten eine Auffälligkeit festgestellt werden sollte. Auch ich werde dadurch gegebenenfalls nicht mehr über erkannte Probleme informiert.

Widerruf zur Information des voroperierenden Krankenhauses:

Das Krankenhaus, in dem mein künstliches Hüft- oder Kniegelenk implantiert wurde, wird nicht mehr über die in einem anderen Krankenhaus durchgeführte Folgeoperation und dessen Gründe informiert.

ORT, DATUM:

UNTERSCHRIFT PATIENT/PATIENTIN

Mit der nachfolgenden Unterschrift bestätigt die dazu berechnigte Person der behandelnden Klinik, den Widerruf für den oben genannten Patienten an das EPRD weiterzuleiten.

ORT, DATUM:

UNTERSCHRIFT / KLINIKSTEMPEL

Sollten Sie noch weitere Fragen zu diesem Widerruf oder zum Endoprothesenregister Deutschland allgemein haben, beantworten wir Ihnen diese gern.

Wenden Sie sich hierfür direkt an:

EPRD Deutsche Endoprothesenregister gGmbH
Herrn Dr. med. Andreas Hey (Geschäftsführer)
Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin
Telefon: +49 30 340 60 36 40
Telefax: +49 30 340 60 36 41
E-Mail: info@eprd.de