

**Patientenetikett**

xxx Kliniklogo xxx

## **Schweigepflichtentbindung und Datenschutzrechtliche Einwilligung zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten**

für das Verbrennungsregister der Deutschen Gesellschaft für Verbrennungsmedizin e.V.  
(DGV)

Hiermit erkläre ich,

\_\_\_\_\_ ,  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_ ,  
Geburtsdatum

- dass ich die Patienteninformation (*Version xxxxxx vom xx.xx.xxxx*) über das Verbrennungsregister der DGV gelesen und verstanden habe. Ich hatte ausreichend Zeit, mich für oder gegen die Teilnahme zu entscheiden.
- dass mir bekannt ist, dass die Teilnahme freiwillig erfolgt. Ich kann meine Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, ohne dass meine medizinische Versorgung oder meine gesetzlich festgeschriebenen Rechte davon beeinträchtigt werden.
- Ich habe Gelegenheit erhalten, Fragen zu stellen. Diese wurden mir ausführlich beantwortet. Ich werde auch im weiteren Verlauf meiner Behandlung und darüber hinaus die Möglichkeit haben, Fragen über das Register zu stellen.

Ich entbinde alle mich behandelnden oder an meiner Behandlung mitwirkenden Personen von Ihrer Schweigepflicht, wenn und soweit dies erforderlich ist, und willige in die folgenden Verarbeitungen meiner pseudonymisierten Daten ein – bitte ankreuzen:

- Verarbeitung pseudonymisierter Daten für das Register durch die Deutsche Gesellschaft für Verbrennungsmedizin e.V. mit Sitz in Berlin
- Verwendung anonymisierter Daten für wissenschaftliche Zwecke der Deutschen Gesellschaft für Verbrennungsmedizin e.V. mit Sitz in Berlin
- Ich bin mit einer Kontaktaufnahme unter der folgenden E-Mail-Adresse durch die Klinik zur Überprüfung meiner langfristigen Lebensqualität einverstanden:

Postadresse oder E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Uhrzeit, Unterschrift  
Patientin / Patient

\_\_\_\_\_  
Datum, Uhrzeit, Unterschrift  
rechtliche Vertretung