# **Vollständiger Widerruf** der Einwilligung

**Version 3.0**

## in die Nutzung von Patientendaten, Krankenkassendaten und Bioproben (Gewebe und Körperflüssigkeiten) für medizinischen Forschungszwecke im Rahmen der Medizininformatik-Initiative (MII)

Wenn Sie Ihre Einwilligungserklärung zur Nutzung von Patientendaten, Krankenkassendaten und Biomaterialien für medizinische Forschungszwecke in allen Punkten und somit vollständig widerrufen möchten, füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden es unterschrieben an:

Otto-von-Guericke Universität Magdeburg
Treuhand-/Vertrauensstelle
Medizinische Fakultät
Leipziger Str. 44
39120 Magdeburg
Tel.: +49 391 67-24 362
E-Mail: ths@med.ovgu.de

Alternativ können Sie Ihren Widerruf auch formlos per E-Mail und Post oder via Telefon an die Treuhandstelle richten.

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

mit diesem Widerrufsformular haben Sie die Möglichkeit, die von Ihnen erteilte Einwilligung in die Nutzung von Patientendaten, Krankenkassendaten und Biomaterialien (Gewebe und Körperflüssigkeiten) für medizinische Forschungszwecke komplett zu widerrufen. Hierfür füllen Sie das Formular bitte aus und übersenden es unterschrieben per E-Mail oder auf dem Postweg an die Treuhandstelle. Alternativ können Sie Ihren Widerruf auch formlos per E-Mail oder Post oder via Telefon an die Treuhandstelle richten.

Natürlich respektieren wir Ihre Entscheidung sich nicht mehr an der medizinischen Forschung beteiligen zu wollen und es entstehen Ihnen dadurch keine Nachteile in Hinblick auf Ihre aktuelle und zukünftige medizinische Behandlung in unserer Einrichtung.
Da die medizinische Forschung in Deutschland jedoch stark auf die freiwillige Teilnahme von Patientinnen und Patienten angewiesen ist, möchten wir Sie bitten, eine komplette Löschung Ihrer Daten nur als letztes Mittel der Wahl auszulösen. Sie haben alternativ zum Beispiel die Möglichkeiten, ausschließlich die Kontaktierung durch uns zu beenden und/oder in der Zukunft keine weiteren medizinischen Daten, Biomaterialien und/oder Krankenkassendaten an uns weiterzugeben. Hierfür Nutzen Sie bitte das Formular „*Teilwiderruf zur Einwilligungserklärung für die Medizininformatik-Initiative (MII)*“.

Bitte beachten Sie, dass sich ein Widerruf immer nur auf die zukünftige Verwendung Ihrer Patientendaten, Krankenkassendaten und Biomaterialien und auch nur auf den Standort bezieht, an dem Sie ursprünglich eingewilligt hatten. Daten aus bereits durchgeführten Analysen können nachträglich nicht mehr entfernt werden. Sollten Sie an mehreren Standorten in die Nutzung Ihrer Patientendaten, Krankenkassendaten und Biomaterialien für medizinische Forschungszwecke eingewilligt haben, so müssen Sie dem an jedem dieser Standorte separat widerrufen.

Im Falle eines entsprechenden Widerrufs werden die von Ihnen für die Forschung zur Verfügung gestellten Biomaterialien am jeweiligen Standort vernichtet und Ihre auf Grundlage dieser Einwilligung gespeicherten Patientendaten gelöscht oder anonymisiert, sofern dies gesetzlich zulässig ist. Wenn eine Löschung nicht oder nicht mit zumutbarem technischem Aufwand möglich ist, werden Ihre Patientendaten anonymisiert, indem der Ihnen zugeordnete Identifizierungscode gelöscht wird. Die Anonymisierung Ihrer Patientendaten kann allerdings eine spätere Zuordnung von – insbesondere genetischen – Informationen zu Ihrer Person über andere Quellen niemals völlig ausschließen.

## Komplette Löschung meiner Patientendaten, Krankenkassendaten und Biomaterialien

**Komplette Löschung meiner Patientendaten, Krankenkassendaten und Biomaterialien**

Hiermit widerrufe ich vollständig die von mir gegebene Einwilligung in die Nutzung bereits aus früheren Behandlungen vorhandener, noch zu übermittelnder (retrospektiver), sowie zukünftig erhobener **Patienten- und Krankenkassendaten** für medizinische Forschungszwecke (Punkt 1.4, 2.1 und 2.2 der Einwilligungserklärung und Punkt 1 und 2 der Patienteninformation). Alle Daten, die von mir in diesem Rahmen gespeichert wurden, sollen gelöscht werden.

Darüber hinaus widerrufe ich vollständig die von mir gegebene Einwilligung in die Nutzung vorhandener, noch zu übermittelnder (retrospektiver), sowie zukünftig zu entnehmender **Biomaterialien** (Gewebe und Körperflüssigkeiten) für medizinische Forschungszwecke (Punkt 3 der Einwilligungserklärung und Punkt 3 der Patienteninformation). Alle Proben, die von mir in diesem Rahmen gelagert wurden, sollen vernichtet werden.

Weiterhin widerrufe ich die von mir gegebene Einwilligung zur **Rekontaktierung**, um im Rahmen der MII künftig nicht mehr über **Analyseergebnisse, die möglicherweise für meine Gesundheit relevant sind** (**medizinische Zusatzbefunde**), zusätzliche wissenschaftliche Fragestellungen und neue Forschungsvorhaben/ Studien informiert zu werden (Punkt 4 der Einwilligungserklärung und Punkt 4 der Patienteninformation). Von Anfragen zur Verknüpfung meiner Patientendaten soll künftig abgesehen werden.

○ Ja

**Um den Widerruf zu vermerken, verbleibt in der Treuhandstelle das Widerrufsformular, sowie die Dokumentation über die erfolgte Umsetzung des Widerrufs (Datenlöschung und Probenvernichtung).**

### Teilnehmer

☐

**Unterzeichner ist ein gesetzlicher Vertreter**

**Ort der Unterschrift** **Datum der Unterschrift**

**Unterschrift**