



UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein

Campus Kiel
→ **Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie**

Ansprechpartnerin: Prof. Dr. K. Hertrampf
Arnold-Heller-Str. 3, Haus 26
24105 Kiel
Tel: 0431 500-26113
E-Mail: hertrampf@mkkg.uni-kiel.de

Koordination:
Frau Saskia Gabelmann
praxisHochschule, pHFG Trägergesellschaft mbH
Neusser Str. 99, 50670 Köln
Tel: 0221/5000330-64
Email: s.gabelmann@praxishochschule.de

Einwilligungserklärung

(gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer, Vorsorgebevollmächtigte)

zur Studie „Mundgesundheitsverbesserung durch zahnärztlich delegierte, pflegebegleitende Remotivation und Reinstruktion“

Ich bin über die Inhalte der Studie und deren Ablauf ausreichend aufgeklärt worden.

Ich habe den Informationsbogen gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen, und habe zufriedenstellende Antworten erhalten.

Ich erkläre, dass ich mit der im Rahmen der Studie erfolgenden Erhebung und Verarbeitung von Daten und ihrer verschlüsselten (pseudonymisierten) Weitergabe und Verwendung meines Angehörigen / Betreuten einverstanden bin und über meine Rechte angemessen informiert wurde.

Ich gebe meine Einwilligung, dass im Rahmen der Studie Studienmitarbeiter in die Bewohnerdokumentation meines Angehörigen / Betreuten Einsicht erhalten.

Ich willige ein, dass im Rahmen der Studie bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz eine personenbezogene Abrechnungsdatenübermittlung (personenbezogene Datenanforderung und –auswertung) von meinem Angehörigen / Betreuten erfolgt.

Mir ist bewusst, dass die Ergebnisse dieser Studie in medizinischen Fachzeitschriften veröffentlicht werden, allerdings in anonymisierter Form, so dass ein direkter Bezug zu meinem Angehörigen / Betreuten nicht hergestellt werden kann.

Ich wurde darüber informiert, dass ich jederzeit Auskunft über die gespeicherten Daten und die Berichtigung von fehlerhaften Daten meines Angehörigen / Betreuten verlangen kann.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen der

Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein
Anstalt des
öffentlichen Rechts

Vorstandsmitglieder:
Prof. Dr. Jens Scholz (Vorsitzender)
Peter Pansegrau
Michael Kiens, MA
Prof. Dr. Ulrich Stephani
Prof. Dr. Thomas Münte
Dr. med. Carsten Hilbert, MaHM

Bankverbindungen:
Fördesparkasse Kiel
IBAN: DE14 2105 0170 0000 1002 06
SWIFT/BIC: NOLA DE 21 KIE
Commerzbank AG
IBAN: DE17 2308 0040 0300 0412 00
SWIFT/BIC: DRES DE FF 230



Studienleitung und der Arbeitsgruppe statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie an die Studienleitung Frau Prof. Hertrampf. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung der Daten Ihres Angehörigen / Betreuten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Ich habe das Informationsblatt und eine Einwilligungserklärung erhalten.

_____	_____	_____	_____
Name, Vorname (Blockschrift)	Geb.-Datum	Ort, Datum	Unterschrift

Gesetzlicher Betreuer/in

Vorsorgebevollmächtigte:	_____	_____	_____
	Name, Vorname (Blockschrift)	Ort, Datum	Unterschrift

Aufklärende Person:

_____	_____	_____
Name, Vorname (Blockschrift)	Ort, Datum	Unterschrift