

Zustimmungserklärung

Ich, _____, geb. am _____,

wohnhaft in _____,

stimme hiermit zu, dass meine Daten unter Einhaltung der Bestimmungen des Ärzte-, Psychologen-, Psychotherapiegesetzes und Datenschutzgesetzes zur Erfüllung der dem BBRZ-Med übertragenen Aufgaben verwendet werden.

Weiters stimme ich zu, dass meine Daten im Sinne der Qualitätssicherung und Evaluation verwendet werden können (insbesondere zur Erstellung eines Datensatzes unter Einbeziehung von KlientInnendaten der BBRZ Datenbank, Daten der PV, der GKK des AMS und des Hauptverbandes).

Ihre Daten werden unmittelbar nach Erstellung des Datensatzes anonymisiert und absolut vertraulich behandelt, sodass eine personenbezogene Zuordnung nicht möglich ist. Diese Qualitätssicherung bezieht sich nicht auf einzelne Personen, insbesondere können die erhobenen Daten nach Erstellung des Datensatzes nicht mehr einzelnen Personen zugeordnet werden.

Ich erkläre mich weiters damit einverstanden, evtl. zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal kontaktiert und zu meiner Befindlichkeit bzw. aktuellen Lebenssituation befragt zu werden.

Ein Widerruf der Zustimmung ist jederzeit möglich.

....., am

Ort

Datum

.....
Unterschrift des/der PatientIn