

## Datenschutzerklärung

### Zum Schmerzdokumentationsdienst iDocLive und dem PraxisRegister Schmerz

Mir ist bekannt, dass bei meiner Teilnahme am Dokumentationsdienst iDocLive sowie am PraxisRegister Schmerz personenbezogene Daten, insbesondere medizinische Befunde, über mich erhoben, gespeichert und ausgewertet werden. Die Verwendung dieser Angaben über meine Gesundheit erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor meiner Teilnahme folgende freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung zum Datenschutz voraus, ohne die ich weder den Dokumentationsdienst iDocLive nutzen, noch am PraxisRegister Schmerz teilnehmen kann.

### Einwilligungserklärung zum Datenschutz

1. Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die mittels des Dokumentationsdienstes iDocLive erhobenen nichtpersonalisierten Daten zu meinem Krankheitsverlauf - insbesondere Angaben über meine Schmerzerkrankung, deren Diagnostik, Verlauf und Behandlung - in der für meine Behandlung zuständigen schmerztherapeutischen Einrichtung unter Verwendung elektronischer Eingabegeräte aufgezeichnet- und anschließend in elektronisch verschlüsselter und pseudonymisierter Form auf besonders gesicherten Server in einem deutschen Rechenzentrum gespeichert und dem PraxisRegister Schmerz zugeführt werden.
2. außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass alle meine personenidentifizierenden Daten in elektronisch verschlüsselter Form getrennt von meinen o.g. Daten und unabhängig vom PraxisRegister Schmerz erhoben und gespeichert werden dürfen, um a) ausschließlich durch meine behandelnden Ärzte, b) ausschließlich zum Zweck meiner Behandlung, c) unter ausschließlicher Verwendung besonders autorisierter Endgeräte und d) ausschließlich in der für meine Behandlung zuständigen schmerztherapeutischen Einrichtung wieder mit meinen krankheitsspezifischen Daten verknüpft zu werden.
3. Darüber hinaus erkläre ich mich damit einverstanden, dass autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Mitarbeiter/Beauftragte des PraxisRegisters Schmerz bzw. des mit seiner Betreuung beauftragten biometrischen Forschungsinstitutes in meine krankheitsspezifischen entpersonalisierten Daten Einsicht nehmen und diese für Auswertungen im Rahmen wissenschaftlicher Versorgungsforschungsprojekte verwenden dürfen, soweit sich daraus keine Rückschlüsse auf mich ergeben.
4. Ich bin bereits darüber aufgeklärt worden, dass ich jederzeit meine Teilnahme am Dokumentationsdienst iDocLive sowie am PraxisRegister Schmerz beenden und meine entsprechende Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.
5. Ich bin darüber informiert, dass für den Fall eines solchen Widerrufs meiner Einwilligung alle bisher über iDocLive erhobenen und in pseudonymisierter Form im PraxisRegister Schmerz dokumentierten Daten verfügbar und für wissenschaftliche Versorgungsforschungsprojekte nutzbar bleiben, jedoch keine neuen Daten ergänzt werden dürfen.

---

Name des Patienten ( in Druckbuchstaben)

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

Name des Arztes (in Druckbuchstaben)

---

Ort, Datum

---

Unterschrift