

FORMULAR
EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DES PATIENTEN
im Rahmen der Datensammlung "BelRAI"

Ich, der (die) Unterzeichnete,

.....

erkläre, die folgenden Informationen gelesen zu haben und akzeptiere, an der Datensammlung im Rahmen von BelRAI teilzunehmen.

- Ich habe eine datierte und unterzeichnete Kopie des vorliegenden Formulars der „Einverständniserklärung“ sowie die Informationen für den Patienten erhalten. Ich habe die Erklärungen in Bezug auf die Art, den Zweck, die Dauer und die Zielvorgaben der vorliegenden Datensammlung im Rahmen des BelRAI-Projektes erhalten. Ich habe die Zeit und Gelegenheit gehabt, Fragen in Bezug auf die Studie zu stellen. Auf alle meine Fragen wurde eine befriedigende Antwort gegeben.
- Mir ist die Tatsache bekannt, dass die gesammelten und dank der verschiedenen Instrumente von "BelRAI" analysierten Daten verwendet werden, um sich eine bessere Vorstellung von der Pflege zu machen, die ich benötige, und die Qualität der Pflege zu verbessern, die ich erhalte. Ich bevollmächtige den Verwalter meiner Daten, die Formulare mit Hilfe meiner Identifikationsnummer der sozialen Sicherheit (NISS) auszufüllen und , falls nötig, meine Daten zu verändern.

Der Verwalter meiner Daten (Kundenbetreuer) ist:

.....(Name und Funktion)

- Ich bin mit der Tatsache einverstanden, dass meine persönlichen Daten, die über BelRAI gesammelt werden, zu wissenschaftlichen Studienzwecken mitgeteilt werden können. Ich bin auch mit der Tatsache einverstanden, dass meine persönlichen Daten, die über BelRAI gesammelt werden, mit anderen Daten persönlicher Art, die in anderen Datenbanken aufbewahrt werden, im Rahmen wissenschaftlicher Studien verbunden werden können. Jedoch können sowohl die Weitergabe meiner Daten persönlicher Art als auch die eventuelle Verbindung mit anderen Daten persönlicher Art, die in anderen Datenbanken aufbewahrt werden, nur im Rahmen von wissenschaftlichen Studien nach Zustimmung der Ethikkomitees der Universitäten oder der Organisationen, die mit der Durchführung der wissenschaftlichen Studie beauftragt sind, und gemäß der vorherigen Genehmigung der Abteilung Gesundheit des Bereichsausschusses der sozialen Sicherheit und der Gesundheit erfolgen.
- Es steht mir frei, meine Zustimmung zurückzuziehen, ohne meine Entscheidung rechtfertigen zu müssen und ohne dass dieser Rücktritt jegliche negative Auswirkungen auf die Pflege hat, die ich benötige.
- Ich verstehe, dass der Arzt, die Krankenschwester, der Krankenpfleger und der Physiotherapeut Zugang zu meiner Akte in BelRAI haben und dass sie der Schweigepflicht unterliegen.

Die in der unten stehenden Liste angegebenen Pflegedienstleister haben auch Zugang zu bestimmten Teilen meiner Akte in BeIRAI, um die Qualität der Pflege garantieren zu können. Sie unterlegen ebenfalls der Schweigepflicht.

Wenn Sie **nicht** wollen, dass bestimmte der nachstehend aufgeführten Fachleute Zugang zu Ihren persönlichen Daten haben, kreuzen Sie sie bitte an:

- | | | | |
|--|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Familienhilfe | <input type="checkbox"/> | Sozialassistent | <input type="checkbox"/> |
| Pflegehilfe | <input type="checkbox"/> | Logopäde | <input type="checkbox"/> |
| Ernährungsberater (Diätetiker) | <input type="checkbox"/> | Podologe | <input type="checkbox"/> |
| Ergotherapeut | <input type="checkbox"/> | Psychologe | <input type="checkbox"/> |
| Orthopäde | <input type="checkbox"/> | Gerontologe | <input type="checkbox"/> |
| Pädagoge | <input type="checkbox"/> | Erzieher | <input type="checkbox"/> |
| Personal mit Diplom in Rehabilitationswissenschaften | | | <input type="checkbox"/> |
| Person mit Diplom in Psychomotorik | | | <input type="checkbox"/> |
| Person mit Diplom in psychomotorischer Therapie | | | <input type="checkbox"/> |
| Personal mit Diplom in Familienwissenschaften | | | <input type="checkbox"/> |

- Durch die Unterzeichnung des vorliegenden Dokuments erteile ich die Erlaubnis, meine Daten zu konsultieren, gemäß dem Gesetz vom 8. Dezember 1992 über den Schutz der Privatsphäre in Bezug auf die Verarbeitung von Daten persönlicher Art und gemäß dem Gesetz vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten.

Unterschrift des Patienten oder seines Vertreters
Datum (Tag/Monat/Jahr):

Ich bestätige, dass ich dem Patienten oder seinem Vertreter Art, Zweck und Ziel der Sammlung der Daten erklärt habe.

Unterschrift desjenigen, der die Informationen geliefert hat
Datum (Tag/Monat/Jahr):

Name desjenigen, der die Informationen geliefert hat, in Großbuchstaben