

## Widerruf zur Einwilligungserklärung für die Medizininformatik-Initiative (MII)

Wenn Sie Ihre **Einwilligungserklärung** zur Nutzung von Patientendaten, Krankenkassendaten und Biomaterialien für medizinische Forschungszwecke **vollständig oder in ausgewählten Punkten, d. h. teilweise widerrufen** möchten, füllen Sie bitte dieses Formular entsprechend aus und senden es im Anschluss unterschrieben an:

**Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz  
 Abteilung Patientenmanagement  
 Langenbeckstr. 1  
 55131 Mainz**

Alternativ zum Postweg können Sie uns gerne auch über nachfolgenden E-Mail-Adresse schreiben bzw. das ausgefüllte Formular zukommen lassen:

[einwilligungen-patientenmanagement@unimedizin-mainz.de](mailto:einwilligungen-patientenmanagement@unimedizin-mainz.de)

### **Sie sind nicht verpflichtet, einen vollständigen oder teilweisen Widerruf schriftlich mitzuteilen!**

Daher haben Sie alternativ die Möglichkeit, sich telefonisch an folgende Stelle zu wenden und Ihren vollständigen oder teilweisen Widerruf mündlich mitzuteilen:

Tel.: + 49 (0) 6131 17-0 (Bitte lassen Sie sich mit dem Patientenmanagement verbinden)

Ihre Daten:

Vorname	Nachname
Geburtsdatum	(falls verfügbar:) Krankenversichertennummer
Anschrift	

### **Liebe Patientin, lieber Patient,**

mit diesem modularen Widerrufsformular haben Sie die Möglichkeit, die von Ihnen erteilte Einwilligung in die Nutzung von Patientendaten, Krankenkassendaten und Biomaterialien (Gewebe und Körperflüssigkeiten) für medizinische Forschungszwecke vollständig oder teilweise zu widerrufen.

Natürlich respektieren wir Ihre Entscheidung, sich vollständig oder teilweise 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.

Bitte beachten Sie, dass sich ein Widerruf immer nur auf die zukünftige Verwendung Ihrer Patientendaten und Biomaterialien bezieht. Daten aus bereits durchgeführten Analysen können nachträglich nicht mehr entfernt werden.

Im Falle eines entsprechenden Widerrufs werden die von Ihnen für die Forschung zur Verfügung gestellten Biomaterialien vernichtet und Ihre auf Grundlage dieser Einwilligung gespeicherten Patientendaten gelöscht.

Auf den folgenden Seiten haben Sie die Möglichkeit, zum Beispiel ausschließlich die Kontaktierung durch uns zu beenden und/oder künftig keine weiteren medizinischen Daten, Biomaterialien und/oder Krankenkassendaten an uns weiterzugeben.

**Auf Seite 4 und damit am Ende des Widerrufsformulars haben Sie die Möglichkeit, Ihre erteilte Einwilligung durch Ankreuzen nur eines einzigen Kästchens vollständig zu widerrufen. Das Ankreuzen der vorherigen Kästchen ist in diesem Fall nicht nötig.**

**Widerruf der Erhebung von Patientendaten für die Forschung:****Erhebung zukünftig anfallender Patientendaten:**

Hiermit widerrufe ich die von mir gegebene Einwilligung zur Erhebung meiner zukünftigen Patientendaten für medizinische Forschungszwecke wie in Punkt 1.3 der Einwilligungserklärung und Punkt 1 der Patienteninformation beschrieben. Bereits erhobene Daten dürfen im Gültigkeitszeitraum der Einwilligung weiterhin für wissenschaftliche Forschungszwecke gespeichert und genutzt werden.

 Ja**Komplette Löschung meiner Patientendaten:**

Hiermit widerrufe ich vollständig die von mir gegebene Einwilligung in die Nutzung bereits vorhandener, noch zu übermittelnder (retrospektiver) sowie zukünftiger Patientendaten für medizinische Forschungszwecke (Punkt 1.3 der Einwilligungserklärung und Punkt 1 der Patienteninformation). Alle Daten, die von mir in diesem Rahmen gespeichert wurden, sollen gelöscht werden.

 Ja**Krankenkassendaten:****Übertragung von zukünftig anfallenden Krankenkassendaten an die Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz:**

Hiermit widerrufe ich die von mir gegebene Einwilligung zur Übertragung meiner zukünftig anfallenden Krankenkassendaten an die Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Bereits übertragene Krankenkassendaten dürfen weiterhin genutzt werden.

 Ja**Übertragung bereits angefallener Krankenkassendaten an die Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz:**

Hiermit widerrufe ich die von mir gegebene Einwilligung zur (einmaligen) Übertragung meiner Krankenkassendaten der **vergangenen 5 Kalenderjahre** an die Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Die Verhinderung der Datenübertragung ist nur möglich, wenn diese noch nicht stattgefunden hat. Bereits übertragene Krankenkassendaten der vergangenen 5 Kalenderjahre dürfen weiterhin genutzt werden.

 Ja**Komplette Löschung meiner Krankenkassendaten:**

Hiermit widerrufe ich vollständig die von mir gegebene Einwilligung in die Nutzung bereits vorhandener, noch abzurufender (retrospektiver) sowie zukünftiger Krankenkassendaten für medizinische Forschungszwecke. Alle Krankenkassendaten, die von mir in diesem Rahmen an der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz gespeichert wurden, sollen gelöscht werden.

 Ja

**Biomaterialien:****Entnahme geringer zusätzlicher Mengen von Biomaterial:**

Hiermit widerrufe ich die von mir gegebene Einwilligung zur Entnahme geringer zusätzlicher Mengen von Biomaterial bei einer ohnehin stattfindenden Routine-Blutentnahme oder -Punktion in den unter Punkt 3.3 der Einwilligungserklärung und Punkt 3 der Patienteninformation beschriebenen Grenzen. Bereits entnommene Biomaterialien dürfen für wissenschaftliche Forschungszwecke weiterhin gelagert und genutzt werden.

 **Ja****zukünftige wissenschaftliche Nutzung von Biomaterialien:**

Hiermit widerrufe ich die von mir gegebene Einwilligung zur wissenschaftlichen Nutzung meiner zukünftig im Behandlungskontext anfallenden Biomaterialien wie in Punkt 3.3 der Einwilligungserklärung und Punkt 3 der Patienteninformation beschrieben. Bereits entnommene Biomaterialien dürfen für wissenschaftliche Forschungszwecke weiterhin gelagert und genutzt werden.

 **Ja****Komplette Vernichtung meiner Biomaterialien:**

Hiermit widerrufe ich vollständig die von mir gegebene Einwilligung in die Nutzung bereits vorhandener, noch anzufordernder (retrospektiver) sowie zukünftiger Biomaterialien (Gewebe und Körperflüssigkeiten) für medizinische Forschungszwecke (Punkt 3.3 der Einwilligungserklärung und Punkt 3 der Patienteninformation). Alle Proben, die von mir in diesem Rahmen gelagert wurden, sollen vernichtet werden. Um den Widerruf zu vermerken, verbleibt in der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz das Widerrufsformular sowie die Dokumentation über die erfolgte Umsetzung des Widerrufs (Probenvernichtung).

 **Ja****Widerruf einer erneuten Kontaktaufnahme:****Informationen zu wissenschaftlichen Fragen und neuen Studien:**

Hiermit widerrufe ich die von mir gegebene Einwilligung zur erneuten Kontaktaufnahme, um im Rahmen der MII künftig nicht mehr für Informationen zu wissenschaftlichen Fragen kontaktiert und über neue Forschungsvorhaben/Studien informiert zu werden (Punkt 4.1 der Einwilligungserklärung und der Patienteninformation). Von Anfragen zur Verknüpfung meiner Patientendaten soll künftig abgesehen werden.

 **Ja****Informationen zu gesundheitsrelevanten Analyseergebnissen:**

Hiermit 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)** informiert zu werden (Punkt 4.2 der Einwilligungserklärung und Patienteninformation).

 **Ja**

## Vollständiger Widerruf und komplette Löschung meiner Patientendaten, Krankenkassendaten und Biomaterialien

Hiermit widerrufe ich vollständig die von mir gegebene Einwilligung in die Nutzung bereits vorhandener, noch zu übermittelnder (retrospektiver), sowie zukünftiger **Patienten- und Krankenkassendaten** (falls zutreffend) für medizinische Forschungszwecke (Punkte 1.3, 2.1 und 2.2 der Einwilligungserklärung bzw. 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 anzufordernder (retrospektiver), sowie zukünftig entnommener **Biomaterialien** (Gewebe und Körperflüssigkeiten) (falls zutreffend) für medizinische Forschungszwecke (Punkt 3.3 der Einwilligungserklärung bzw. 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 sowohl der Einwilligungserklärung als auch der Patienteninformation). Von Anfragen zur Verknüpfung meiner Patientendaten soll künftig abgesehen werden.

Ja

Ort, Datum	Unterschrift (Patient/-in bzw. Bevollmächtigter)
------------	--

Um den Widerruf zu vermerken, verbleibt das Widerrufsformular bzw. die Dokumentation eines telefonischen Widerrufs sowie die Dokumentation über die erfolgte Umsetzung des Widerrufs (Datenlöschung und/oder Probenvernichtung) in der Abteilung Patientenmanagement der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz.

**Eine Bestätigung Ihres Widerrufs werden wir Ihnen an die von Ihnen auf Seite 1 angegebene Anschrift im Anschluss an das Ruhen Ihrer Einwilligung (in der Regel 2 Wochen) zeitnah zukommen lassen. Sollten Sie telefonisch widerrufen haben, so werden wir Ihnen eine Bestätigung an die uns zuletzt von Ihnen bekannte Anschrift verschicken.**

### Widerrufseingang in der Abteilung Patientenmanagement:

Datum	Name des Mitarbeiters	Unterschrift
-------	-----------------------	--------------

### Abschluss Umsetzung des Widerrufs in der Abteilung Patientenmanagement:

Datum	Name des Mitarbeiters	Unterschrift
-------	-----------------------	--------------