

# Aufklärung

## EHS Hernien Prävention Register

**Registrierung aller Patienten nach Bauchoperationen**

**Fokus auf Bauchdeckenverschluss und Prävention von Hernien**

*Patienten Aufkleber*

Ich wurde durch die Patienteninformation „Patienteninformation EHS-Hernien-Präventionsregister“ sowie durch ein ausführliches Aufklärungsgespräch mit meinem behandelnden/aufklärenden Arzt informiert,

---

*NAME und Unterschrift des behandelnden/aufklärenden Arztes*

und wurde umfassend über die Ziele der allgemeinen Datenerhebung bei Patienten nach Bauchoperationen informiert.

Ich konnte alle entstandenen Fragen mit meinem behandelnden/aufklärenden Arzt besprechen und habe keine weiteren Fragen.

Ich stimme zu, dass meine erhobenen Behandlungs- und Nachsorgedaten oder die Daten des Patienten, für den ich rechtlich bevollmächtigt bin, in eine zentrale Datenbank unter <https://ehs-prevention.com/> eingegeben werden, wo mein behandelndes Krankenhaus sie nur einsehen kann. Zusätzlich stimme ich zu, dass meine Daten in anonymisierter Form durch den wissenschaftlichen Kommission des Hernien-Präventionsregisters wissenschaftlich ausgewertet werden können, ohne dass ein Rückschluss auf meine Person möglich ist. Die Daten werden vertraulich behandelt.

Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich vom behandelnden Krankenhaus für Nachuntersuchungen gemäß dem Standard meines behandelnden chirurgischen Zentrums kontaktiert werden kann.

Ich willige hiermit ausdrücklich in die Erhebung und Verarbeitung meiner Daten oder der Daten des Patienten, für den ich rechtliche Vertretung leiste, ein. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich das Recht auf Auskunft, Korrektur falscher Daten sowie Löschung oder Sperrung meiner Daten habe.



Darüber hinaus habe ich das Recht, meine Einwilligung zur Erhebung und Nutzung meiner Daten jederzeit zu widerrufen. Der Widerruf kann schriftlich oder mündlich erfolgen. Alle Daten werden im Falle eines Widerrufs zum frühestmöglichen Zeitpunkt gelöscht.

Ich habe eine Kopie der Patienteninformation und Einwilligungserklärung erhalten, gelesen und verstanden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Patienten oder  
gesetzlicher Vertreter