



## PATIENTENEINWILLIGUNG

Patientennummer: (Vorgabe durch Projektleitung)



***Sehr geehrte Patientin!***

***Sehr geehrter Patient!***

Gern möchten wir bei Ihnen wie bei möglichst vielen anderen ehemals an Unterkühlung erkrankten Personen bestimmte Informationen über das Unfallereignis, die Rettung und die medizinische Behandlung sammeln, um daraus Möglichkeiten zur Verbesserung der Notfallrettung und Wiedererwärmung ableiten zu können.

Das Projekt SARRRAH wird durchgeführt, um die Überlebens- und Genesungsmöglichkeiten für bedrohlich Unterkühlte zu verbessern.

Das Vorhaben geht auf Initiativen der Deutschen Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger, des Schiffahrtmedizinischen Instituts der Marine und der Klinik für Anästhesiologie am Universitätsklinikum Lübeck zurück.

Die Klinik, in der Sie sich zur Zeit befinden, unterstützt das Projekt SARRRAH.

Die anonymisierten Daten Ihres Rettungs- und Genesungsverlaufs werden in die SARRRAH-Datenbank aufgenommen. Damit die erhobenen Informationen möglichst präzise dokumentiert werden können, bitten wir Sie aus rechtlichen Gründen um Ihr Einverständnis.

Es kann sinnvoll und erforderlich sein, dass Ärzte in der SARRRAH-Projektleitung, die nicht zu Ihren direkt behandelnden Ärzten gehören, Informationen zum Genesungsverlauf einholen. Auch diese unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

In keinem Fall werden personenbezogene Daten oder Informationen, die Rückschlüsse auf die behandelte Person zulassen, in eine elektronische Datenbank aufgenommen!

***Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!***

***b.w.***



## PATIENTENEINWILLIGUNG

Patientennummer:



1. Mit der Erhebung und Speicherung meiner anonymisierten Behandlungsdaten im Rahmen des Projektes SARRRAH bin ich einverstanden.
2. Mit einer späteren Nachfrage über meinen weiteren Genesungsverlauf im Rahmen des Projektes SARRRAH durch die behandelnden Klinikärzte oder Ärzte der Projektleitung erkläre ich mich einverstanden.

Unter der folgenden Anschrift können Sie mich oder eine mir nahestehende Person bzw. Angehörige erreichen:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mein Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des Patienten

Ggf. gesetzlicher Vertreter oder Bevollmächtigter:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Legitimation: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des Bevollmächtigten