

Sprechstunde für Erwachsene ohne Diagnose am Universitätszentrum für seltene Krankheiten Basel

Einverständniserklärung

Sie haben die Patienteninformation zur «Sprechstunde für Erwachsene ohne Diagnose» auf der Homepage des Unispitals Basel (USB) gelesen und möchten sich an diese Sprechstunde wenden.

Unsere Einrichtung ist eine Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten jeden Alters, bei denen trotz umfangreicher Abklärungen im Vorfeld keine befriedigende Diagnose gestellt werden konnte.

Bitte füllen Sie Ihre Adressdaten sorgfältig ein. Wir benötigen Ihre E-Mail-Adresse und Telefonnummer, um Sie kontaktieren zu können.

Name und Vorname der Patientin oder des Patienten bzw. der betroffenen Person

Geburtsdatum _____

E-Mail _____

Adresse _____

Telefon _____

Ich willige hiermit ein, dass

- 1) meine Angaben und Befunde von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Sprechstunde zusammengefasst und aufgearbeitet werden.
- 2) meine Angaben und Befunde bei Bedarf in einem grösseren, multidisziplinären Team von USB und/oder UKBB diskutiert werden.
- 3) meine Angaben und Befunde in verschlüsselter Form zur Qualitätssicherung und Verbesserung dieses Angebots ausgewertet werden. Informationen zur Sprechstunde für Erwachsene ohne Diagnose können in verschlüsselter, anonymer Form mit der Nationalen Koordination Seltene Krankheiten Schweiz (kosek; www.kosekschweiz.ch) ausgetauscht werden.

Ihr Einverständnis zu den Punkten 1) bis 3) ist notwendig, um Ihr Anliegen im Rahmen der «Sprechstunde für Erwachsene ohne Diagnose» bearbeiten zu können.

Ich willige hiermit ein, dass die «Sprechstunde für Erwachsene ohne Diagnose» bei anderen Ärzten und Spitälern, bei denen der Patient oder die Patientin heute oder früher in Behandlung ist oder war, medizinische Auskünfte über seine/ihre Person einzuholen und diesbezügliche Akten anzufordern. Sie oder er beauftragt diese Ärzte und Spitäler, die gewünschten Auskünfte zu erteilen sowie Akten weiterzugeben und entbindet sie hierfür von der Pflicht zur ärztlichen Geheimhaltung.

Füllen Sie die Adresdaten sorgfältig ein. Wir benötigen E-Mailadresse und Telefonnummer um Ihren Hausarzt oder Ihre Hausärztin kontaktieren zu können.

Name des Arztes oder der Ärztin

Adresse

Telefon

E-Mail

Ich bestätige, dass

- ich die Patienteninformation zur «Sprechstunde für Erwachsene ohne Diagnose» auf der Homepage des USB gelesen habe.
- ich darüber informiert wurde, dass meine Einwilligung freiwillig ist.
- ich weiss, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.
- ich weiss, dass meine Daten in verschlüsselter Form zu Zwecken der Qualitätssicherung verwendet werden.

Ort _____

Datum _____

Rechtsgültige Unterschrift der Patientin oder des Patienten, der betroffenen Person oder die berechnigte Vertretungsperson.
