



[Patienten.OhneDiagnose@usz.ch](mailto:Patienten.OhneDiagnose@usz.ch)

## **Anlaufstelle für Patienten ohne Diagnose - Einverständniserklärung**

Sie haben die Patienteninformation (Version 6 vom 30.03.2023) der „Anlaufstelle für Patienten ohne Diagnose“ im Rahmen der „Hochspezialisierten Medizin“ am Kinderspital Zürich und Universitätsspital Zürich in Zusammenarbeit mit Universitätsklinik Balgrist und Institut für Medizinische Genetik der Universität Zürich gelesen und möchten sich an die Anlaufstelle wenden.

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

**Füllen Sie Ihre Adressdaten sorgfältig ein!**

**Wir benötigen Ihre E-Mail-Adresse und Telefonnummer, um Sie kontaktieren zu können.**

Name und Vorname der/s Patienten/in / der betroffenen Person:

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

### **Ich willige hiermit ein, dass**

- 1) meine Angaben und Befunde in der „Anlaufstelle für Patienten ohne Diagnose“ von Studierenden der Medizin (Universität Zürich) in fortgeschrittenen Studienjahren zusammengefasst und aufgearbeitet werden
- 2) meine Angaben und Befunde im multidisziplinären medizinischen Team sowie dem Spezialisten-Gremium (Board) der „Anlaufstelle für Patienten ohne Diagnose“ ausgetauscht und ausführlich diskutiert werden
- 3) meine Angaben und Befunde in verschlüsselter Form zur Qualitätssicherung und Verbesserung der medizinischen Versorgung wissenschaftlich ausgewertet werden.

**Ihr Einverständnis zu den Punkten 1) bis 3) ist notwendig, um Ihr Anliegen im Rahmen der „Anlaufstelle für Patienten ohne Diagnose“ bearbeiten zu können.**



[Patienten.OhneDiagnose@usz.ch](mailto:Patienten.OhneDiagnose@usz.ch)

**Ich willige hiermit ein**, dass die „Anlaufstelle für Patienten ohne Diagnose“ bei anderen Ärzten und Spitälern, bei denen der Patient/die Patientin heute oder früher in Behandlung ist oder war, medizinische Auskünfte über seine/ihre Person einzuholen und diesbezügliche Akten anzufordern. Er/sie beauftragt diese Ärzte und Spitäler, die gewünschten Auskünfte zu erteilen sowie Akten herauszugeben und entbindet sie hierfür von der Pflicht zur ärztlichen Geheimhaltung.

**Füllen Sie die Adressdaten sorgfältig ein!**

**Wir benötigen E-Mail-Adresse und Telefonnummer um Ihren Hausarzt/Ihre Hausärztin kontaktieren zu können.**

Name des Arztes:

\_\_\_\_\_

E-Mail:

\_\_\_\_\_

Adresse:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon:

\_\_\_\_\_

**Ich bestätige, dass**

- ich die zu dieser Einverständniserklärung gehörende Patienteninformation (Version 6 vom 30.03.2023) erhalten 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 / des Patienten / der betroffenen Person oder ihrer / seiner berechtigten Vertretungsperson.

\_\_\_\_\_