



**PATIENTENINFORMATION UND  
EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG**  
**Deutsches Zöliakie-Register,**  
**German Celiac Registry (GeCeR)**  
*(Erwachsene Teilnehmer ab 18 Jahre)*



**Wissenschaftliche Leitung:**

Prof. Dr. Dr. Detlef Schuppan, Universitätsmedizin Mainz  
Prof. Dr. Bernd Bokemeyer, *Kompetenznetz Darmerkrankungen,*  
Interdisziplinäres Crohn und Colitis Centrum (ICCC), Minden  
Prof. Dr. Sibylle Koletzko, LMU Klinikum der Universität München  
PD Dr. Michael Schumann, Charité Benjamin Franklin, Berlin

**Prof. Dr. Dr. Detlef Schuppan**  
Direktor Institut für Translationale  
Immunologie  
Universitätsmedizin der Johannes  
Gutenberg-Universität Mainz  
Professor of Medicine and Senior Visiting  
Scientist  
Harvard Medical School  
Gastroenterologe und Hepatologe

Geb. 905/ 11.OG/ Zimmer 11 111  
Langenbeckstraße 1  
55131 Mainz  
Telefon: +49 (0) 6131 17-7356  
Telefax: +49 (0) 6131 17-7357  
E-Mail: [detlef.schuppan@unimedizin-mainz.de](mailto:detlef.schuppan@unimedizin-mainz.de) oder  
E-Mail: [dschuppa@bidmc.harvard.edu](mailto:dschuppa@bidmc.harvard.edu)  
[www.unimedizin-mainz.de/tim](http://www.unimedizin-mainz.de/tim)

**Kontakt Registerzentrale GeCeR:**  
Kompetenznetz Darmerkrankungen e. V.,  
Hopfenstraße 60, 24103 Kiel  
**Projektleitung: Dr. Eugen Urzica**  
**Patientenkontakt: Karen Schmidt**  
**Tel.:** 0431 / 580 906 44  
**Fax:** 0431 / 580 906 99  
[info@gecer-register.de](mailto:info@gecer-register.de)  
[www.zoeliakie-register.de](http://www.zoeliakie-register.de)

**Kontakt Studienarzt/ Studienärztin GeCeR:**  
Haben Sie medizinische Fragen zur Zöliakie?  
Bitte senden Sie Ihre Anfrage an die oben  
genannten Kontaktinformationen der GeCeR-  
Registerzentrale. Wir werden Sie daraufhin  
mit einem Studienarzt/einer Studienärztin in  
Verbindung setzen.

**INHALTSVERZEICHNIS**

**PATIENTENINFORMATION..... 2**

1. Was ist der Zweck des Registers? ..... 2

2. Wer ist der Auftraggeber des Registers? ..... 2

3. Wann können Sie an dem Zöliakie-Register teilnehmen? ..... 2

4. Was würde die Teilnahme für Sie beinhalten? ..... 2

5. Datenschutz: Wie werden Ihre Daten erhoben, gespeichert und geschützt? ..... 4

6. Was sind Nutzen und Risiken des Registers? ..... 6

7. Werden Sie für die Teilnahme bezahlt? ..... 6

8. Wie können Sie Ihre Einwilligung zur Teilnahme zurückziehen? ..... 6

9. Können wir Ihre Teilnahme am Register beenden? ..... 7

10. Werden die Forschungsergebnisse veröffentlicht? ..... 7

11. Werden Ihnen die Forschungsergebnisse mitgeteilt? ..... 7

12. An wen können Sie sich wenden, wenn Sie weitere Fragen haben? ..... 7

**EINWILLIGUNGSERKLÄRUNGEN..... 8**

**EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG IN DIE REGISTERTEILNAHME ..... 8**

**ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT ..... 10**



## PATIENTENINFORMATION

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, Informationen zum vorliegenden Forschungsvorhaben, dem Deutschen Zöliakie-Register, kurz **GeCeR** (engl. German Celiac Registry) zu lesen. Bitte überlegen Sie in Ruhe, ob Sie an diesem Register teilnehmen und der Erhebung, Nutzung und Verarbeitung Ihrer Daten zustimmen möchten. Diskutieren Sie Ihre Überlegungen auch gerne mit Angehörigen oder anderen Personen Ihres Vertrauens.

### 1. Was ist der Zweck des Registers?

Die Zöliakie ist eine sehr häufige (ca. 1% der deutschen Bevölkerung sowie der meisten Länder weltweit), aber unterdiagnostizierte chronisch entzündliche Erkrankung des Dünndarms. Da in Deutschland die Versorgung von Zöliakie-Betroffenen bisher uneinheitlich ist und um langfristig die Behandlung und Früherkennung der Zöliakie in Deutschland zu verbessern, ist der Aufbau eines nationalen Registers notwendig. In Deutschland gibt es ein solches Register für Zöliakie-Betroffene bislang noch nicht, daher wollen wir dieses hiermit aufbauen. In anderen Ländern, wie den USA, wurden sie in der Zwischenzeit eingerichtet.

Dieses Register könnte eine große Zahl von Zöliakie-Betroffenen erfassen und damit den Stand der Versorgung dokumentieren und Lücken aufdecken. Außerdem können aus den Registerdaten weitere speziellere Studien, z.B. für Diagnostik und Therapie abgeleitet werden.

Ausführliche Informationen zum Zöliakie-Register in Deutschland finden Sie auch unter [www.zoeliakie-register.de](http://www.zoeliakie-register.de).

### 2. Wer ist der Auftraggeber des Registers?

Das Register GeCeR ist ein Kooperationsprojekt des Ärzteverbundes Kompetenznetz Darmerkrankungen e. V. und der Patientenorganisation Deutsche Zöliakie-Gesellschaft e. V. (DZG). Finanziert und organisiert wird das Register aus Mitteln des Vereins Kompetenznetz Darmerkrankungen und dessen Dienstleistungsunternehmen, der CED Service GmbH (Hopfenstraße 60, 24103 Kiel), die das Register im Sinne des Vereins fördert.

### 3. Wann können Sie an dem Zöliakie-Register teilnehmen?

Sie können an unserem Register teilnehmen, wenn Sie selber von einer Zöliakie betroffen sind. Ihre Teilnahme kann uns helfen eine möglichst breite Gruppe der Zöliakie-Betroffenen in Deutschland zu erreichen und somit die wissenschaftliche Aussagekraft der Ergebnisse des Registers zu erhöhen. Durch Bekanntmachung des Registers über Ärztinnen und Ärzte und das Internet versuchen wir, möglichst viele Zöliakie-Erkrankte für unser Patientenregister anzusprechen.

### 4. Was würde die Teilnahme für Sie beinhalten?

Mit der Aufnahme in das Register GeCeR möchten wir Sie gerne langfristig wissenschaftlich begleiten. Sollten Sie an dem Register teilnehmen, bitten wir Sie um folgendes:

#### **4.1 Unterzeichnen und Versenden der Einwilligungserklärung:**

Im Falle einer Interessensbekundung haben Sie von uns per Post ein Studienset mit Einwilligungserklärung und einem Basisfragebogen (Erstbefragung) erhalten. Bei Zustimmung zur Teilnahme senden Sie bitte ein unterzeichnetes Exemplar der Einwilligungserklärung unter Angabe Ihrer Kontaktdaten in dem beigelegten freigestempelten und adressierten Rückumschlag an uns zurück.



#### **4.2 Ausfüllen des Basis-Fragebogens**

a) Nach Eingang Ihrer Einwilligung erhalten Sie den Basisfragebogen per Mail als Link und können diesen im Internet ausfüllen. Sollten Sie keine E-Mail-Adresse angeben, erhalten Sie den Fragebogen per Post.

Es werden allgemeine Angaben zu Ihrer Person, Symptomatik, Diagnostik, Therapie/Diät, zum Krankheitsverlauf, zur Betreuung, weiteren Erkrankungen und zur Lebensqualität erfragt. Wir bitten Sie, diese Daten wahrheitsgemäß und möglichst vollständig anzugeben. Die Beantwortung des Fragebogens wird in der Regel 30 Minuten in Anspruch nehmen.

b) Sollten Sie sich bei einigen Angaben nicht sicher sein, können Sie Ihre/n behandelnde/n Ärztin/Arzt dazu kontaktieren. Alternativ können Sie die Registerzentrale GeCeR kontaktieren und wir fordern die notwendigen Daten bei Ihrem Arzt an (s. 4.4).

#### **4.3 Erlaubnis zur erneuten Kontaktierung und jährlichen Befragung:**

Nach der Erfassung Ihrer Basisdaten möchten wir Sie einmal im Jahr erneut für eine kürzere Befragung zum Krankheitsverlauf und zur Lebensqualität kontaktieren.

Sie erhalten hierzu eine E-Mail von [info@gecer-register.de](mailto:info@gecer-register.de) mit dem **Betreff: GeCeR-Register, Jahresbefragung** und einem Link zum Online-Fragebogen. Bitte achten Sie auch auf E-Mails in Ihrem SPAM-Ordner! Sollten Sie keine E-Mail-Adresse angeben, erhalten Sie den Fragebogen per Post.

Sollten Sie einmal vergessen, den Fragebogen abzusenden oder Fragen zu beantworten, ist es generell möglich, dass Mitarbeiter der Registerzentrale mit Ihnen Kontakt aufnehmen, um Sie daran zu erinnern oder Sie um Zusendung der fehlenden Informationen zu bitten.

Es ist ebenfalls möglich, dass Sie im Verlauf bei Erweiterungen des Registers und/oder neuen wissenschaftlichen Studien im Kontext der Zöliakie von uns kontaktiert werden, um Sie über diese Studien zu informieren und Sie zu fragen, ob Sie ggf. an diesen Studien teilnehmen möchten.

#### **4.4 Erlaubnis zur Anforderung von Krankenunterlagen:**

Bei Unklarheiten der Daten, z.B. zu Ihrer Diagnose, bitten wir Sie um Erlaubnis, Ihre behandelnden Ärzte zu kontaktieren und Krankenunterlagen zu Ihrer Zöliakie oder Begleiterkrankungen anfordern zu dürfen.

Wir möchten Sie bitten, diese forschungsrelevanten Daten in die Registerdatenbank übernehmen zu dürfen. Für diese spezielle Situation entbinden Sie Ihre/n behandelnde/n Ärztin/Arzt gegenüber verantwortlichen Mitarbeitern des Registers von der Schweigepflicht. Alle Mitarbeiter sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Ihre Ärztin/ Ihr Arzt verpflichtet sich, Befunde nur ohne Angabe Ihres Namens oder anderer personenidentifizierender Daten zu übermitteln.

#### **4.5 Erlaubnis zur Verknüpfung Ihrer Daten mit Daten anderer Register oder Studien**

Gemeinsam mit der Universitätsmedizin Mainz und anderen Ärztinnen/Ärzten und Wissenschaftlerinnen/Wissenschaftlern möchten wir in den kommenden Jahren unterschiedliche wissenschaftliche Fragestellungen im Kontext der Zöliakie untersuchen. Für diese wissenschaftlichen Untersuchungen kann es sinnvoll sein, die Daten dieses Registers mit den Daten anderer nationaler und internationaler Register oder Studien zu kombinieren. Für die Zusammenführung werden Ihre Daten derart verändert, dass diese nicht mehr Ihrer





Person zugeordnet werden können (Anonymisierung), d.h. die Forscher haben **keinen Zugang** zu Ihren personenidentifizierenden Daten (z.B. Name, Adresse, Geburtsdatum).

## 5. Datenschutz: Wie werden Ihre Daten erhoben, gespeichert und geschützt?

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten im Rahmen dieses Registers erfolgt nur auf Ihre Einwilligung hin und somit auf der Rechtsgrundlage der Datenschutzgrundverordnung der EU (Art. 6) und geltender Bundes- und Landesdatenschutzgesetze. Bei den zu verarbeitenden Daten handelt es sich um Gesundheitsdaten und somit um „besondere personenbezogene Daten“, welche besonders schutzwürdig sind.

### 5.1 Erhebung von medizinischen Daten:

Ihre Fragebogendaten sowie ggf. weitere medizinische Daten werden verschlüsselt, ohne direkten Bezug zu Ihrem Namen, (Pseudonymisierung) in einer Datenbank der vom Kompetenznetz Darmerkrankungen beauftragten Firma ITs Ambio AG erhoben und gespeichert. Alle Bestimmungen des Datenschutzes werden eingehalten und die Daten sind vor fremdem Zugriff geschützt. Das Forschungsvorhaben wurde von einem Datenschutzbeauftragten und der Medizinischen Ethik-Kommission Rheinland-Pfalz geprüft und positiv bewertet.

#### **Anonymisierung:**

Personenbezogene Daten werden derart verändert, dass diese nicht mehr einer Person zugeordnet werden können.

#### **Pseudonymisierung:**

Identifizierendes Merkmal, z.B. Name wird durch ein Pseudonym (Code) ersetzt, um die Bestimmung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren.

### 5.2 Trennung von Fragebogendaten und Kontaktdaten:

Die Kontaktdaten (identifizierende Daten) werden räumlich und personell/ organisatorisch getrennt von den Fragebogendaten und ggf. weiteren medizinischen Daten im Kompetenznetz Darmerkrankungen erfasst und gespeichert bzw. gelagert. Nur durch Zuhilfenahme eines Schlüssels können die erhobenen Fragebogendaten Ihrer Person zugeordnet werden. Die Verwaltung dieses Schlüssels ist nur autorisierten Mitarbeitern der Registerzentrale im Kompetenznetz Darmerkrankungen gestattet. Diese Mitarbeiter haben keinen Zugriff auf Ihre Fragebogendaten, so dass Ihre medizinischen Daten nicht mit Ihrer Person in Zusammenhang gebracht werden können.

### 5.3 An wen werden Ihre Daten weitergegeben?

Die Weitergabe der Daten an die wissenschaftliche Leitung und innerhalb der Registerzentrale zum Zwecke der Verwaltung und Auswertung erfolgt ausschließlich innerhalb des Projekts in pseudonymisierter Form. Die Weitergabe an wissenschaftliche Kooperationspartner erfolgt ausschließlich in anonymisierter Form. Eine Weitergabe Ihrer Daten außerhalb des geschilderten Rahmens, insbesondere an Arbeitgeber, Versicherungen oder für kommerzielle Zwecke erfolgt in keinem Fall.

Zu Verwaltungs- und Prüfzwecken können nur bestimmte autorisierte Mitarbeiter des Auftraggebers und gesetzlich reglementierter Stellen (u.a. Mitarbeitern der Registerzentrale, Aufsichtsbehörden) Einsicht in Ihre Daten erlangen. Diese Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.



#### **5.4 Welche Maßnahmen sind ergriffen worden, um die Sicherheit Ihrer Daten zu gewährleisten?**

- Die Räume unserer Datenbanken sind speziell gesichert. Es haben nur befugte Mitarbeiter Zutritt: Die Stammdatenbank (= Datenbank zur Erfassung Ihrer Kontaktdaten) befindet sich in einem separaten, abschließbaren Raum in der Geschäftsstelle des Kompetenznetz Darmerkrankung, Hopfenstraße 60, 24103 Kiel. Die Falldatenbank (= Datenbank zur Erfassung Ihrer pseudonymisierten Gesundheitsdaten) ist von der ITs Ambio AG bei der STRATO AG angemietet. Die Server befinden sich in Deutschland.
- Wir haben auf allen Computern Sicherheitsvorkehrungen gegen unbefugten Zugriff getroffen und setzen ausgereifte Verschlüsselungstechniken ein.
- Alle Mitarbeiter des Registers unterliegen der Verschwiegenheit.
- Ihre personenidentifizierenden Daten werden getrennt von allen anderen klinischen Daten aufbewahrt.
- Die Originale der zentralen Studiendokumente einschließlich der Dokumentationsbögen werden für mindestens 10 Jahre nach Abschluss des Registers archiviert, soweit gesetzliche Vorgaben nicht längere Archivierungspflichten vorsehen.

#### **5.5 In Bezug auf Ihre Daten können Sie jederzeit die folgenden Rechte ausüben:**

- a) Recht auf Auskunft über alle in der Studie vorhandenen personenbezogenen Daten über Sie (einschließlich unentgeltlicher Überlassung einer Kopie)
- b) Recht auf Berichtigung oder Löschung oder auf Einschränkung der Verarbeitung,
- c) Recht auf einen Widerspruch gegen die Verarbeitung,
- d) Recht auf Datenübertragbarkeit,
- e) Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde.

Bitte wenden Sie sich in den oben genannten Fällen a) – d) an die zuständige Stelle der Registerzentrale (1.) und im Falle e) an die zuständige Datenschutzbehörde (3.):

#### **1. Verantwortliche Stelle für die Datenerhebung und -verarbeitung:**

Institution: Kompetenznetz Darmerkrankungen e. V.  
Name: Dr. Eugen Urzica / Karen Schmidt  
Straße, PLZ Ort: Hopfenstraße 60, 24103 Kiel  
E-Mail: [info@gecer-register.de](mailto:info@gecer-register.de), Tel.: 0431 / 580 906 44

#### **2. Datenschutzbeauftragter in der Registerzentrale:**

Institution: IT's Ambio AG  
Name: Externer Datenschutzbeauftragter der CED Service GmbH  
Straße, PLZ Ort: Varziner Straße 7, 12161 Berlin  
E-Mail: [datenschutz@itsambio.de](mailto:datenschutz@itsambio.de)

#### **3. Datenschutzbehörde der Registerzentrale:**

Institution: Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein  
Name: Marit Hansen  
Postfach: 7116, PLZ Ort: 24171 Kiel oder:  
Straße, PLZ Ort: Holstenstraße 98, 24103 Kiel

#### **4. Datenschutzbeauftragter der Registerleitung:**

Institution: Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz



Name: Dr. J. P. Fritsch

Straße: Langenbeckstraße 1, 55131 Mainz

Telefon: 06131 174 652

**5.6 Widerruf der Teilnahme/ Datenerhebung:**

Mit einem Widerruf bzw. Zurückziehen der Einwilligungserklärung werden keine weiteren Daten mehr von Ihnen erhoben. Alle identifizierenden Daten (Kontakt Daten, Geburtstag) werden sofort gelöscht. Alle bis zu diesem Zeitpunkt bereits erhobenen Fragebogendaten werden anonymisiert genutzt. Anonymisierte Daten können **nicht** auf Ihren Wunsch gelöscht werden.

**6. Was sind Nutzen und Risiken des Registers?**

**6.1 Nutzen:**

Es ist im Moment noch nicht absehbar, ob und wann die Ergebnisse aus dem Register zu konkreten Veränderungen in der Vorsorge, Diagnose und Behandlung der Zöliakie führen werden. Vermutlich wird dies einige Jahre dauern. Daher ist nicht davon auszugehen, dass Sie persönlich in der nächsten Zeit von der Teilnahme an dem Register profitieren werden. Wir erhoffen uns aber wichtige Erkenntnisse, die langfristig zu einer verbesserten Behandlung oder Früherkennung der Zöliakie führen. Falls auf der Grundlage der Ergebnisse neue Studien zu neuartigen Diagnostika und Therapien entwickelt werden, profitieren Sie indirekt von der Registerteilnahme, indem Sie Zugang zu Informationen über diese neuen Studien erhalten.

**6.2 Risiken:**

Bezüglich Ihrer Gesundheit gibt es bei diesem rein dokumentarischen Forschungsvorhaben keine ersichtlichen Risiken. Hinsichtlich Privatsphäre und Datenschutz ist es theoretisch möglich, aber sehr unwahrscheinlich, dass Sicherheitsvorkehrungen im Zusammenhang mit den Computersystemen verletzt werden, welche zur Speicherung der patientenbezogenen Daten verwendet werden. Falls dies geschehen sollte, könnten Sie potenziell identifiziert werden, was wiederum zur Verletzung Ihrer Privatsphäre führen könnte. Wir werden jedoch alle Möglichkeiten ausschöpfen, die Vertraulichkeit Ihrer Informationen zu gewährleisten und haben diese umfangreich in einem Datenschutzkonzept dargelegt. Dieses Konzept können Sie auf der Webseite des Registers einsehen. Es liegt in Ihrer Verantwortung, Ihren E-Mail-Zugang angemessen zu schützen.

**7. Werden Sie für die Teilnahme bezahlt?**

Nein, die Teilnahme am Zöliakie-Register wird nicht vergütet.

**8. Wie können Sie Ihre Einwilligung zur Teilnahme zurückziehen?**

Die Teilnahme am Register ist freiwillig. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen der Teilnahme am Register schriftlich oder mündlich widerrufen, ohne Nachteile zu erfahren. Ebenfalls können Sie Ihre Erlaubnis zur Entbindung der Schweigepflicht widerrufen. Im Kapitel 5.6 ist dargestellt, wie mit Ihren Daten bei einem Widerruf verfahren wird.

Sollten im Verlauf des Registers wichtige Erkenntnisse bekannt werden, die sich auf Ihre Entscheidung über die weitere Teilnahme an diesem Register auswirken könnten, werden Sie darüber umgehend informiert.



Möchten Sie Ihre Teilnahme zurückziehen, richten Sie bitte den Widerruf schriftlich per Brief oder E-Mail an die Registerzentrale (s. Kontaktdaten Seite 1). Sie erhalten umgehend eine Bestätigung Ihres Widerrufs von uns.

### **9. Können wir Ihre Teilnahme am Register beenden?**

Die nachhaltige Durchführung des Registers ist durch die Förderung des Kompetenznetz Darmerkrankungen gesichert. In Ausnahmefällen kann jedoch die Möglichkeit bestehen, dass aufgrund von organisatorischen Gründen das Register eingestellt werden muss und Ihre Registerteilnahme dadurch beendet wird.

### **10. Werden die Forschungsergebnisse veröffentlicht?**

Im Rahmen des kontinuierlichen wissenschaftlichen Fortschritts ist es wichtig, Forschungsergebnisse in Fachzeitschriften und auf Kongressen zu veröffentlichen. Daher ist es möglich, dass Ihre Daten anonymisiert (ohne Bezug zu Ihrer Person) in wissenschaftlichen Zeitschriften (Papier-Zeitschrift oder Internet) oder auf wissenschaftlichen Kongressen veröffentlicht werden. Im Rahmen nationaler und internationaler Kooperationen kann es ebenfalls vorkommen, dass Forschungsergebnisse veröffentlicht werden.

### **11. Werden Ihnen die Forschungsergebnisse mitgeteilt?**

Die erhobenen Daten dienen nur Forschungszwecken. In der Regel erlauben die Analysen der Daten nur Aussagen über Gruppen und nicht über einzelne Personen. Eine Mitteilung der Forschungsergebnisse zu Ihren individuellen Daten wird daher nicht erfolgen. Sobald die Forschungsergebnisse in einer medizinischen Fachzeitschrift veröffentlicht wurden, ist es jedoch vorgesehen, diese ebenfalls Patientinnen und Patienten zugänglich zu machen, z.B. über die Webseiten des Registers, des Kompetenznetz Darmerkrankungen und der DZG.

### **12. An wen können Sie sich wenden, wenn Sie weitere Fragen haben?**

Sollten Sie noch organisatorische Fragen zum Register und/oder Ihren Daten haben, wenden Sie sich gerne an die Registerzentrale. Fragen rund um die Zöliakie beantwortet Ihnen gerne unsere Studienärztin. Alle Kontaktdaten finden Sie auf Seite 1 und im Kapitel 5.5 dieser Informationsschrift.

Informationen zum Zöliakie-Register in Deutschland finden Sie außerdem unter [www.zoeliakie-register.de](http://www.zoeliakie-register.de) oder unter der Registrierungsnummer DRKS00017385 im „Deutschen Register Klinischer Studien“ ([https://www.drks.de/drks\\_web/](https://www.drks.de/drks_web/)).



## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNGEN

**Bitte geben Sie die folgenden Informationen gut leserlich in Druckbuchstaben an:**

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

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ (TT.MM.JJJJ / z.B. 01.04.1980)

**Straße, Nr.:** \_\_\_\_\_

**PLZ:** \_\_\_\_\_ **Ort:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Tel.-Nr.** \_\_\_\_\_

*Bitte lesen Sie die folgenden Einwilligungserklärungen aufmerksam durch und unterschreiben Sie anschließend.*

### EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG IN DIE REGISTERTEILNAHME

Ich habe die schriftliche Patienteninformation zum oben genannten Register erhalten und mir diese ausführlich durchgelesen und verstanden. Mir wurde eine Kopie beider Dokumente (Patienteninformation und Einwilligungserklärung) zum Verbleib ausgehändigt. Ich wurde ausführlich über das Ziel und den Ablauf des Registers, Nutzen und Risiken, die Freiwilligkeit meiner Teilnahme, der Möglichkeit des Widerrufs der Einwilligung und über meine Datenschutzrechte informiert und hatte die Möglichkeit, mich bei Fragen telefonisch beraten zu lassen.

	JA	NEIN
Hiermit willige ich in die Teilnahme am GeCeR-Register ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich willige ein, von der Registerzentrale im Rahmen dieses Registers erneut kontaktiert zu werden ( <i>z.B. für die jährliche Verlaufsbefragung</i> ).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Einwilligungserklärung zur Datenerhebung und -verarbeitung besonderer personenbezogener Daten (Gesundheitsdaten):**

Über die datenschutzrechtlichen Bestimmungen wurde ich ausführlich in der Informationsschrift informiert.

**Ich erkläre mich damit einverstanden, dass**

- ✓ meine identifizierenden Daten (z.B: Name, Adresse), wie in der Informationsschrift beschrieben, an die Registerzentrale im Kompetenznetz Darmerkrankungen übermittelt, dort verwaltet und bis zur Beendigung der Forschungsaktivitäten oder bis zu meinem Widerruf papierbasiert und elektronisch gespeichert und nach gesetzlichen Bedingungen archiviert werden.
- ✓ meine personenbezogenen Daten (z.B. aus dem Fragebogen, Arztbogen, Befunde), wie in der Informationsschrift beschrieben, in pseudonymisierter Form an die Studiendatenbank des Kompetenznetz Darmerkrankungen übermittelt, dort verwaltet und bis zur Beendigung der Forschungsaktivitäten oder bis zu meinem Widerruf gespeichert und nach gesetzlichen Bedingungen archiviert werden.
- ✓ der direkte Zugang zu den o.g. Daten nur bestimmten autorisierten Mitarbeitern des Auftraggebers und gesetzlich reglementierter Stellen (z.B. Mitarbeitern der Registerzentrale, Aufsichtsbehörden) zu Verwaltungs- und Prüfzwecken gewährt wird. Diese Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.
- ✓ meine Daten in pseudonymisierter Form zum Zwecke der Auswertung im Rahmen dieses Forschungsvorhabens genutzt werden können und die Ergebnisse anonymisiert veröffentlicht werden.
- ✓ im Falle meines Widerrufs oder nach Ablauf der gesetzlich vorgesehenen Archivierungsfrist meine identifizierenden Daten gelöscht und die personenbezogenen Daten anonymisiert werden.
- ✓ meine Daten in anonymisierter Form an wissenschaftliche Kooperationspartner des Kompetenznetz Darmerkrankungen und der wissenschaftlichen Leitung weitergegeben werden können und ggf. mit anderen Studien oder Registern im Rahmen wissenschaftlicher Projekte verknüpft werden können.

.....  
**Ort, Datum**

.....  
**Name, Vorname in Druckbuchstaben**

**Unterschrift**



## ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT

Hiermit erteile ich die Genehmigung zur Anforderung in mit Zöliakie oder mit Begleiterkrankungen in Zusammenhang stehende pseudonymisierte Patientenunterlagen durch verantwortliche Mitarbeiter des Zöliakie-Registers GeCeR bei den unten genannten Ärzten und entbinde meine behandelnden Ärzte hiermit von der Schweigepflicht gegenüber Mitarbeitern des Registers. Alle Mitarbeiter sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Ärzte verpflichteten sich, Befunde nur ohne Angabe Ihres Namens oder anderer personenidentifizierender Daten zu übermitteln.

Ich weiß, dass ich meine Zustimmung zur Entbindung der Schweigepflicht jederzeit widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

**Behandelnde Ärztinnen / Ärzte** (Bitte Zutreffendes angeben)

**Hausärztin/Hausarzt**

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

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

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

**Fachärztin/Facharzt**

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

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

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

.....  
**Ort, Datum**

.....  
**Name, Vorname in Druckbuchstaben**

.....  
**Unterschrift**