

## Stempel der Einrichtung

## Kontakt



### NATIONALES HOSPIZ- UND PALLIATIVregister

[www.hospiz-palliativ-register.de](http://www.hospiz-palliativ-register.de)

Das Nationale Hospiz- und Palliativregister ist eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin.

#### Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

Aachener Straße 5

10713 Berlin

T 030 / 8182 6885

F 030 / 8182 6776

[dgp@palliativmedizin.de](mailto:dgp@palliativmedizin.de)

[www.palliativmedizin.de](http://www.palliativmedizin.de)

Die technische und organisatorische Durchführung der Auswertung der Daten im Nationalen Hospiz- und Palliativregister ist derzeit Aufgabe von

#### CLARA Klinische Forschung

Clara-Zetkin-Straße 34

14532 Kleinmachnow

T 033203 / 80858

F 033203 / 80857

[info@clara-klifo.de](mailto:info@clara-klifo.de)



### NATIONALES HOSPIZ- UND PALLIATIVregister

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Informationen sind ein Schlüssel zur Qualitätsbewertung und damit zur Verbesserung der Behandlung und Versorgung.

Wir möchten Sie um Ihr Einverständnis bitten, dass wir die Daten zu Ihrer Erkrankung und Versorgung an das Nationale Hospiz- und Palliativregister übermitteln dürfen.

Diese Daten dienen ausschließlich dazu, die Qualität und Forschung im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung im Sinne unserer Patienten zu verbessern.

**Ihre Beteiligung zählt –**  
Wir danken Ihnen  
für Ihre Hilfe!

## Nationales Hospiz- und Palliativregister Qualitätssicherung der Palliativversorgung

Am Register beteiligen sich Palliativstationen und Hospize, onkologische Abteilungen sowie ambulante Palliativdienste. Auch das Team, das Sie gegenwärtig betreut, unterstützt die wegweisende Qualitätssicherung der Hospiz- und Palliativversorgung im Rahmen des Nationalen Hospiz- und Palliativregisters.

Ihre Daten sind sicher: Die ärztliche Schweigepflicht bleibt gewahrt. Wenn Sie damit einverstanden sind, werden die zu Ihrer Erkrankung und Behandlung erhobenen Daten mittels eines EDV-Systems gespeichert und in Auszügen ohne Angabe Ihres Namens an das Register übergeben und dort ausgewertet. Alle Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 StGB und werden nach den Bestimmungen des Datenschutzes vor Missbrauch geschützt. Wenn Sie nicht teilnehmen möchten, wird das natürlich keine Nachteile für Sie oder für Ihre weitere Behandlung haben.

Sie unterstützen mit Ihrem Einverständnis die Qualitätssicherung in der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland.

**Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!**  
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

Qualität fördern

## Einverständniserklärung

Ich bin durch Frau / Herrn

über die Dokumentation aufgeklärt worden und habe keine weiteren Fragen.

**Ich bin mit der Übergabe des auf meine Behandlung bezogenen Datensatzes in anonymisierter Form an das Nationale Hospiz- und Palliativregister einverstanden.**

Sollte ich zu irgendeinem Zeitpunkt mein Einverständnis zurückziehen, werden meine Daten nicht weitergegeben.

Name \_\_\_\_\_

Datum, Ort \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin, des Patienten

\_\_\_\_\_  
bzw. Unterschrift der / des Bevollmächtigten

in die Zukunft weisen

