

Einwilligungserklärung **Expert*innen**

Hannover, im Frühjahr 2021

Einwilligungserklärung Expert*innen-Workshops und Delphi-Befragung im Rahmen des Forschungsprojektes KomBi-EMR

Kontextfaktoren der ICF in der sozialmedizinischen Begutachtung im Rahmen der Erwerbsminderungsrente bei muskuloskeletalen Erkrankungen

Nachname, Vorname _____

Anschrift _____

Kontoverbindung (Aufwandsentschädigung
bei Workshop-Teilnahme) Kontoinhaber:
(falls abweichend) IBAN: _____

Ich habe die Information zur Projektteilnahme und diese Einwilligungserklärung gelesen. Art, Zweck und Dauer des Projekts und meiner Teilnahme an der online Delphi-Befragung sowie Expert*innen-Workshops in Form von online Videokonferenzen wurden mir verständlich erläutert.

Ich hatte die Gelegenheit, Fragen zu stellen. Alle meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich nehme aus freiem Willen an diesem Projekt teil. Meine Zusage zur Beteiligung und die Teilnahme kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückziehen oder abbrechen. Ich wurde darüber informiert, dass mir keinerlei Nachteile entstehen, wenn ich die Teilnahme an diesem Projekt ablehne, die Zusage zurückziehe oder die Teilnahme abbreche. Wenn ich es wünsche, werden bereits erhobene Informationen nicht verwendet.

Ich erlaube mit dieser Einwilligungserklärung: *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

- Dass meine Angaben im Rahmen der online Delphi-Befragungen anonym passwortgeschützt auf den Servern der MHH gespeichert und ausgewertet werden.
- Dass meine Person-Angaben (z.B. Geschlecht, Alter, Berufserfahrung) pseudonym, also ohne meinen Namen dokumentiert und passwortgeschützt auf den Servern der MHH gespeichert und ausgewertet werden.

- Dass die Workshops/Videokonferenzen als Video und mit einem analogen Aufnahmegerät auf Tonband aufgezeichnet werden und gemäß eines Pseudonyms (Kennziffer) ohne Namensnennung passwortgeschützt auf den Servern der MHH gespeichert werden. Meine Angaben werden pseudonym, also ohne meinen Namen oder Namen anderer Personen in Schriftform übertragen und ausgewertet.

Alle Angaben zu meiner Person werden in diesem Projekt gemäß der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung behandelt. Nach Beendigung des Projekts werden die Daten für zehn Jahre gemäß den Richtlinien der guten wissenschaftlichen Praxis auf den Servern der MHH verwahrt. Auf meinen Wunsch hin wird die Video- und Tonbandaufnahme nach der Verschriftlichung gelöscht.

Die Daten und Ergebnisse des Projekts werden ausschließlich im Rahmen wissenschaftlicher Fragestellungen genutzt und publiziert. Es werden ausschließlich anonymisierte bzw. pseudonymisierte Ergebnisse in Projektberichten, Masterarbeiten, Dissertationen und Fachzeitschriften veröffentlicht, ohne dass Rückschlüsse auf Personen gezogen werden können.

Ich habe das Recht, die erfassten Daten einzusehen und unrichtige personenbezogene Daten zu meiner Person berichtigen zu lassen. Ferner habe ich das Recht, die Löschung meiner personenbezogenen Daten zu verlangen, wenn bestimmte Löschründe vorliegen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn die personenbezogenen Daten zu dem Zweck, zu dem sie ursprünglich erhoben oder verarbeitet wurden, nicht mehr notwendig sind oder ich die Einwilligung widerrufe und es an einer anderweitigen Rechtsgrundlage für die Verarbeitung fehlt. Des Weiteren habe ich das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, auf Datenübertragbarkeit und ein allgemeines Widerspruchsrecht. Hierzu kann ich mich jederzeit an die Datenverantwortliche der Klinik für Rehabilitationsmedizin der MHH wenden.

Die Anschrift lautet:

Datenverantwortliche Frau Andrea Bökel, OE 8300, Klinik für Rehabilitationsmedizin, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover.

Wenn ich Fragen oder den Eindruck habe, dass die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt, kann ich mich an den Datenschutzbeauftragten der MHH wenden:

Datenschutzbeauftragter der MHH, OE 0007, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover.

Ich habe das Recht, mich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn ich der Ansicht bin, dass die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für die MHH zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen, Prinzenstraße 5, 30159 Hannover.

Ein Exemplar der Information zur Projektteilnahme und der Einwilligungserklärung habe ich für meine Unterlagen erhalten.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer*in

Unterschrift für die Projektgruppe