



Stempel oder Briefkopf der Abteilung

## Patienteninformation und Einwilligungserklärung zur Speicherung und Nutzung von Patientendaten im Rahmen des Forschungsprojektes „ESID-Register“

### Patienteninformation

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern,

wir möchten Sie um Ihre Einwilligung zur Teilnahme an einem Forschungsvorhaben bitten. Hierzu erhalten Sie im Folgenden Informationen zum Ablauf des Forschungsvorhabens. Bitte lesen Sie diese Patienteninformation sorgfältig durch. Ihr Arzt wird mit Ihnen auch direkt über das Vorhaben sprechen. Bitte fragen Sie Ihren Arzt, wenn Sie etwas nicht verstehen oder wenn Sie zusätzlich etwas wissen möchten.

Die oben genannte Abteilung führt in Zusammenarbeit mit der ESID (European Society for Immunodeficiencies) das Studienprojekt „*Internationales Register mit klinischen und laborchemischen Parametern für primäre Immundefekte*“ (kurz: „**ESID-Register**“) durch. Es handelt sich hierbei um eine **internationale zugriffsgeschützte Internet-Datenbank**.

Diese Datenbank wird auf sicheren Servern an der Universitätsklinik Freiburg gespeichert und betreut. Die Kontaktdaten finden Sie am Ende der Informationsschrift.

### Ziel des Studienprojekts

Das Ziel des Studienprojektes ist es, bei Patienten mit primären, d.h. angeborenen Immundefekten (kurz: PID) klinische Daten und Labordaten zusammenzuführen, um eine verbesserte Diagnosestellung, Klassifizierung, Prognoseabschätzung und letztendlich Therapie zu erreichen. Bei der erstmaligen Registrierung werden Daten zur Ihrer bisherigen Krankheitsgeschichte/ der Krankheitsgeschichte Ihres Kindes erfasst. Die Datenbank ermöglicht zudem eine kontinuierliche Langzeitdokumentation. Dadurch können neue Erkenntnisse über andere Patienten mit der gleichen seltenen Diagnose gewonnen werden und diese in die Behandlung einfließen.

Deshalb werden die im Rahmen des Studienprojektes gespeicherten Daten nicht routinemäßig gelöscht, sondern auf unbestimmte Zeit in der Datenbank gespeichert.

### Sichere Speicherung Ihrer Daten

Die erhobenen fallbezogenen Daten (z.B. Geburtsjahr und bis zum 12. Lebensjahr auch der Geburtsmonat (nicht Geburtstag), Laborwerte und Untersuchungsergebnisse sowie ggf. die Art der Krankheit auslösenden Mutation) werden vom behandelnden Arzt oder einem Dokumentar in die Internet-Datenbank eingegeben und auf einem Server am Universitätsklinikum Freiburg unter Verwendung eines Pseudonyms gespeichert. Durch die Verwendung dieses Pseudonyms kann ein Forscher die Studiendaten über Jahre hinweg beobachten, um aus dem Krankheitsverlauf zu lernen. Eine Rückführung der Daten auf Ihre Person/Ihr Kind erfolgt nicht. Ihre identifizierenden Daten (z.B. Name, Wohnort) können von Ihrem behandelnden Arzt oder einem Dokumentar auf einem separaten Server gespeichert werden, zu dem Dritte keinen Zugang haben. Allein der behandelnde Arzt oder Dokumentar kann die Daten wieder auf Sie/Ihr Kind zurückführen. Zur Gewährleistung der IT-

Sicherheit und des IT-Betriebs können Ihre Daten - soweit erforderlich – auch durch Administratoren der Uniklinik Freiburg, die mit dem Betrieb des Systems betraut und zur Verschwiegenheit verpflichtet sind, verarbeitet werden. Die gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz werden eingehalten. Das Studienprojekt wurde durch die zuständige Ethikkommission geprüft und zustimmend bewertet.

### **Sichere Weitergabe Ihrer Daten**

Je nach Umfang Ihrer Einwilligung können Ihre Daten/ die Daten Ihres Kindes kooperierenden Forschungsinstituten zur Verfügung gestellt werden. Dabei kann es sich um medizinische Zentren handeln, die schwerpunktmäßig angeborene Immundefekte behandeln, Forschungslabore, die über die Ursachen von angeborenen Immundefekten forschen sowie Epidemiologen (Forscher, die sich mit der Verbreitung und den Ursachen von Krankheiten und Gesundheitszuständen beschäftigen). Daten, die an Dritte weitergegeben werden, dürfen nur für das bei der ESID beantragte Forschungsprojekt verwendet und vom Empfänger nicht zu anderen Zwecken verwendet oder weitergegeben werden. Das jeweilige Projekt muss von einer unabhängigen Ethik-Kommission unter ethischen und rechtlichen Aspekten geprüft und bewertet worden sein.

Je nach Umfang Ihrer Einwilligung darf ein Teil der Daten außerdem an Industriepartner, beispielsweise Pharmafirmen weitergegeben werden, die das Projekt finanziell unterstützen. Sie nutzen die Daten beispielsweise zur Entwicklung neuer Medikamente oder zur Verbesserung der bestehenden Therapieoptionen.

Ihre Daten können auch an Empfänger in Ländern außerhalb der EU weitergegeben werden, wenn die Europäische Kommission bei dem Land ein angemessenes gesetzliches Datenschutzniveau festgestellt hat.

Darüber hinaus kann es aber auch vorkommen, dass Daten an Forschungspartner in Drittländern weitergegeben werden sollen, für die diese Voraussetzung nicht erfüllt ist. Diese Länder haben möglicherweise ein niedrigeres Datenschutzniveau als die EU. Es besteht damit das Risiko, dass staatliche oder private Stellen auf Ihre Daten zugreifen, obwohl dies nach dem europäischen Datenschutzrecht nicht zulässig wäre. Zudem kann es sein, dass Ihnen dort weniger oder schlechter durchsetzbare Betroffenenrechte zustehen und es keine unabhängige Aufsichtsbehörde gibt, die Sie bei der Wahrnehmung ihrer Rechte unterstützen könnte. Eine Weitergabe Ihrer Daten kann in diesem Fall nur erfolgen, wenn Sie dem ausdrücklich zugestimmt haben. Dazu können Sie in der Einwilligungserklärung (zusätzlich) das entsprechende Kästchen ankreuzen.

Vor einer Weitergabe werden Ihre Daten individuell für jeden Empfänger in einer zusätzlichen Stufe erneut pseudonymisiert („Doppelte Pseudonymisierung“).

**Außer den genannten Institutionen erhält niemand Zugang zu Ihren Daten.** Die Daten werden auf keinen Fall unberechtigten Dritten wie beispielsweise Versicherungsfirmen zur Verfügung gestellt. Publikationen auf der Basis der Daten werden in jedem Fall die Anonymität Ihrer Person/Ihres Kindes wahren.

### **Freiwilligkeit der Teilnahme und Rechte**

Die Teilnahme an diesem Studienprojekt ist freiwillig und Sie haben jederzeit das Recht formlos ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahme zu widerrufen. Bitte wenden Sie sich dazu an den behandelnden Arzt oder an die oben genannte Abteilung Ihres Behandlungszentrums. Für den Fall, dass Sie die Teilnahme an diesem Studienprojekt versagen, entsteht Ihnen/Ihrem Kind kein Nachteil.

Im Falle eines Widerrufs können Sie entscheiden, ob Ihre Daten gelöscht werden sollen, oder ob sie in anonymisierter Form (d.h. das Pseudonym wird gelöscht, die Daten sind nicht mehr auf Sie zurück zu führen) für weitere Forschungsvorhaben verwendet werden dürfen. Allerdings können bereits erfolgte Bearbeitungen/Herausgaben nicht rückgängig gemacht werden. Ab dem Zeitpunkt Ihres Widerrufs werden von Ihnen/Ihrem Kind keine neuen Daten mehr in die Datenbank eingespeist.

Sie haben das Recht, jederzeit über den behandelnden Arzt Auskunft über die gespeicherten Daten zu verlangen und eine unentgeltliche Kopie dieser Daten zu erhalten. Sie haben das Recht fehlerhafte Daten berichtigen lassen und das Recht unter bestimmten Voraussetzungen Ihre Daten zu sperren, d.h. die Einschränkung der weiteren Verarbeitung der Daten zu fordern.

## Beschwerderecht

Zusätzlich haben Sie ein Recht auf Beschwerde, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten gegen die Datenschutz Grundverordnung der EU verstößt.

Die Kontaktinformationen der für Sie bzw. ihr Zentrum zuständigen Aufsichtsbehörde können Sie über die Website des Bundesbeauftragten für den Datenschutz ermitteln, oder auch jederzeit über die Zentrale Kontaktstelle, ihren aufklärenden Arzt oder ihr Behandlungszentrum erfragen:

[https://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Anschriften\\_Links/anschriften\\_links-node.html](https://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Anschriften_Links/anschriften_links-node.html)

## Fragen zur Studie oder zum Datenschutz

Sollten Sie weitere Fragen bezüglich des Studienprojektes, zum Datenschutz oder einem Ihrer Rechte haben, wenden Sie sich bitte an den aufklärenden Arzt, Ihr Behandlungszentrum, den Studienleiter oder an die zentrale Kontaktstelle.

Sie können sich ebenso an die für Sie bzw. Ihr Zentrum zuständigen Aufsichtsbehörden wenden. Die jeweiligen Kontaktinformationen können Sie über die Website des Bundesbeauftragten für den Datenschutz ermitteln, oder auch jederzeit über die Zentrale Kontaktstelle, ihren aufklärenden Arzt oder ihr Behandlungszentrum erfragen:

[https://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Anschriften\\_Links/anschriften\\_links-node.html](https://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Anschriften_Links/anschriften_links-node.html)

## Zentrale Kontaktstelle

ESID-Register

c/o UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG

Institut für Immundefizienz im Zentrum für Translationale Zellforschung

Breisacher Straße 115,

79106 Freiburg,

Deutschland.

Tel.: 0761/270-34450,

Fax: 0761/270-36960,

E-Mail: [esid-registry@uniklinik-freiburg.de](mailto:esid-registry@uniklinik-freiburg.de),

Homepage: <https://esid.org/Working-Parties/Registry-Working-Party/ESID-Registry>

## Verantwortliche für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung in dieser Studie ist die ESID, vertreten durch den ESID-Vorstand, dieser vertreten durch den Vorsitzenden der Register-Arbeitsgruppe der ESID (Chairperson der ESID Registry Working Party, ebenfalls Mitglied des Vorstands). Der Vorstand der ESID wird durch Wahl innerhalb der ESID-Mitglieder bestimmt.

Die Informationen zu ESID, zum ESID-Register, dem Vorsitzenden der Register-Arbeitsgruppe sowie Kontaktinformationen werden regelmäßig auf der Website der ESID ([www.esid.org](http://www.esid.org)) öffentlich bereit gestellt und können jederzeit auch bei Ihrem behandelnden Arzt, Ihrem Behandlungszentrum oder über die Zentrale Kontaktstelle erfragt werden.

## Teilnahme an der Studie

Falls Sie sich für eine Teilnahme entscheiden, möchten wir Sie bitten, die Einwilligungserklärung auszufüllen und zu unterzeichnen.



(Patienten-Etikett)

## Einwilligungserklärung

### **Internationales Register mit klinischen und laborchemischen Parametern für primäre Immundefekte („ESID-Register“)**

Ich erteile meine Einwilligung zur Teilnahme an der genannten Studie.

- Ich bin von Herrn / Frau \_\_\_\_\_ ausführlich und verständlich über Wesen, Bedeutung und Tragweite des Studienprojektes aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text der Patienteninformation und dieser Einwilligungserklärung gelesen und verstanden. Aufgetretene Fragen wurden mir verständlich und ausreichend beantwortet.
- Ich hatte ausreichend Zeit, Fragen zu stellen und mich zu entscheiden.

#### **Datenschutz**

Ich bin mit der pseudonymisierten Aufzeichnung der im Rahmen des Studienprojektes an mir erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- Ja     Nein    Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen des Studienprojektes „ESID-Register“ meine fallbezogenen Daten / die fallbezogenen Daten meines Kindes in der dargestellten Form gespeichert, verarbeitet und doppelt pseudonymisiert an **kooperierende Forschungsinstitute** weitergegeben werden. Meine Daten können auch an Empfänger in Ländern außerhalb der EU weitergegeben werden, wenn die Europäische Kommission bei dem Land ein angemessenes gesetzliches Datenschutzniveau festgestellt hat. Ich habe das Recht, Auskunft über meine fallbezogenen Daten / die fallbezogenen Daten meines Kindes und im Rahmen dieser Studie verarbeiteten personenbezogenen Daten zu verlangen und eine unentgeltliche Kopie dieser Daten zu erhalten. Ich habe das Recht, die Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung oder Vervollständigung meiner fallbezogenen Daten / der fallbezogenen Daten meines Kindes zu verlangen.
- Ja     Nein    Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen des Studienprojektes „ESID-Register“ meine fallbezogenen Daten / die fallbezogenen Daten meines Kindes in der dargestellten Form gespeichert, verarbeitet und doppelt pseudonymisiert an **Industriepartner** weitergegeben werden. Meine Daten können auch an Empfänger in Ländern außerhalb der EU weitergegeben werden, wenn die Europäische Kommission bei dem Land ein angemessenes gesetzliches Datenschutzniveau festgestellt hat. Ich habe das Recht, Auskunft über meine fallbezogenen Daten / die fallbezogenen Daten meines Kindes und im Rahmen dieser Studie verarbeiteten personenbezogenen Daten zu verlangen und eine unentgeltliche Kopie dieser Daten zu erhalten. Ich habe das Recht, die Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung oder Vervollständigung meiner fallbezogenen Daten / der fallbezogenen Daten meines Kindes zu verlangen.
- Ja     Nein    **Darüber hinaus stimme ich der Weitergabe meiner Daten in Länder außerhalb der EU auch in den Fällen zu, in denen kein Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission vorliegt. Über die möglichen Risiken einer solchen Weitergabe bin ich aufgeklärt worden.**

Ich wurde darüber informiert, dass ich mein Einverständnis jederzeit zurückziehen kann, und bereits vorhandene Daten auf meinen Wunsch hin gelöscht oder vollständig anonymisiert werden. Mir ist bewusst, dass eine Löschung von Daten, die bereits zu Auswertungen und Publikationen aus dem Register extrahiert und an Dritte weitergeleitet wurden, nicht möglich ist.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Studienzentrum.

**A: Einverständnis Erwachsene**

Datum	<input type="text"/>	Unterschrift des Patienten	
		Name des aufklärenden Arztes	
Datum	<input type="text"/>	Unterschrift des aufklärenden Arztes	

**B: Einverständnis minderjähriger und/oder geschäftsunfähiger Personen**

Datum	<input type="text"/>	Unterschrift des Sorgeberechtigten / gesetzlichen Vertreters des Patienten	
Datum	<input type="text"/>	Unterschrift des zweiten Sorgeberechtigten*	
Datum	<input type="text"/>	ggf. Unterschrift Kind/Patient**	
		Name des aufklärenden Arztes	
Datum	<input type="text"/>	Unterschrift des aufklärenden Arztes	

\*Grundsätzlich ist es erforderlich, dass beide Eltern unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert der/die Unterzeichnende zugleich, dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder dass sie/er das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.

\*\* Bei minderjährigen Patienten ist in der Regel ab dem vollendeten 14. Lebensjahr eine Einwilligung des Patienten und der Sorgeberechtigten erforderlich. Beim Erreichen der Volljährigkeit ist eine erneute Abgabe der Einwilligungserklärung unter Punkt A (Einverständnis Erwachsene) vorgesehen.