

Patientenbefragung Endoprothetik

Patient-Reported Outcome Measures (PROMs)

Einwilligung zur Patientenbefragung per E-Mail

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen unserer Qualitätssicherung, möchten wir Sie vor und nach Ihrem Aufenthalt in unserer Klinik gerne per E-Mail kontaktieren. Mit Ihrer Einwilligung helfen Sie uns, Ihren Genesungsverlauf auch nach der stationären Behandlung im Blick zu behalten und neue Versorgungskonzepte mit dem Ziel bestmöglicher Behandlungsergebnisse zu erproben und zu bewerten.

Mit ihrer Zustimmung senden wir Ihnen zu den jeweiligen Befragungszeitpunkten einen persönlichen Link via E-Mail zu. Über den Link können Sie dann Ihre Befragung auf einer verschlüsselten Internetseite per PC, Tablet oder Smartphone ausführen. Die Angaben werden im Nachgang unmittelbar und sicher an uns übertragen. Nur die in der Behandlung involvierten Personen (Ärzte, Pflege, Qualitätsbeauftragte) können die Ergebnisse und Ihre Antworten anschließend einsehen.

Die Teilnahme an dieser Befragung ist freiwillig und kann jederzeit von Ihnen widerrufen werden. Der Widerruf gilt für die Zukunft. Sie haben außerdem das Recht auf Auskunft und Löschung Ihrer personenbezogenen Daten. Bei Fragen hierzu sprechen Sie uns bitte direkt an oder kontaktieren uns per E-Mail: patientenbefragung@esv.de. Sie erreichen uns auch telefonisch unter 02335 / 639-4465.



Bitte ausfüllen und unterzeichnen. Vielen Dank!

- JA**, ich stimme bis auf Widerruf der Kontaktaufnahme durch die Orthopädische Klinik Volmarstein per E-Mail zur Durchführung einer Patientenbefragung zur Qualitätssicherung und Kontrolle des Behandlungsverlaufs zu.

Meine E-Mail-Adresse lautet: _____

- NEIN**, ich möchte nicht per E-Mail kontaktiert werden.

Nachname, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in: _____