Chirurgen, die symptomatische Hämorrhoiden operieren, sammeln Informationen über die Art des Eingriffs und die Ergebnisse der Operation.

Die Informationen werden in das Anolift-Register eingegeben, das auf einem sicheren Server im Vereinigten Königreich gespeichert ist. Das Register muss Ihr Geburtsdatum erfassen, damit zu einem späteren Zeitpunkt Folgeinformationen übermittelt werden können und Fachkräfte des Gesundheitswesens die langfristigen chirurgischen Ergebnisse messen und bewerten können.

Ihre Daten werden in einer sicheren Umgebung gespeichert und sind nur den zuständigen Mitarbeitern zugänglich. Das Register hält sich an die strengen Vertraulichkeitsregeln des britischen Datenschutzgesetzes (UK Data Protection Act 2018) sowie an die allgemeine britische Datenschutzverordnung (UK General Data Protection Regulation, 2018).

Die Daten können zu Forschungszwecken weitergegeben werden, jedoch erst, nachdem sie anonymisiert wurden (Personen sind nicht identifizierbar).

Wir benötigen Ihre Erlaubnis, um Informationen zu speichern, die Sie identifizieren können (einschließlich Geburtsdatum, Datum der Operation und NHS-Nummer). Damit wird sichergestellt, dass die Daten nach der Operation korrekt verknüpft werden können. Nach den neuesten Vorschriften benötigen wir für die Datenaufnahme Ihre schriftliche Zustimmung.

Wir hoffen, dass Sie mit der Aufnahme Ihrer medizinischen Daten in dieses Register einverstanden sind. Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Kästchen an, um anzugeben, ob Sie mit der Erfassung Ihrer personenbezogenen Daten einverstanden sind oder nicht, und unterschreiben Sie dieses Formular.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ich** **verstehe:**

**Die obige Erklärung und bestätige, dass ich die Möglichkeit hatte, Fragen zu stellen, und zufriedenstellende Antworten erhalten habe.**

**Dass meine Teilnahme freiwillig ist und ich mich jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückziehen kann, ohne dass meine medizinische Versorgung oder meine gesetzlichen Rechte beeinträchtigt werden**

**Ich bin damit einverstanden, dass mein Facharzt Informationen in das Anolift-Register einträgt, die mich zum Zwecke der Überwachung und Verbesserung der Patientenversorgung identifizieren können.**

**Ja [ ] Nein [ ]**

**Ich bin damit einverstanden, dass meine E-Mail-Adresse angegeben wird, um E-Mails zu erhalten, in denen ich zum Erfolg meiner Behandlung befragt werde.
 Ja [ ] Nein [ ]**

**Meine E-Mail Adresse ist** ...................................................................................

Unterschrift der/s Patientin/Patienten ....................................................... Datum.................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Von der Person auszufüllen, die die Zustimmung erteilt: Ich bestätige, dass ich die Erfassung personenbezogener Daten und deren Speicherung im Anolift-Register besprochen habe

Unterschrift des Mediziners .......................................................... Datum...............….