

## Patienteninformation und Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht im Rahmen des Peer-Besuchsprogramms

Sehr geehrte Frau/ sehr geehrter Herr \_\_\_\_\_,

Sie haben sich kürzlich einer Amputation unterziehen müssen oder es ist eine Amputation vorgesehen.

Der Bundesverband für Menschen mit Arm- oder Beinamputation e.V. (BMAB) bietet in Zusammenarbeit mit Ihrem Krankenhaus ein Gespräch mit einem Peer an. Wir möchten Sie einladen, an diesem freiwilligen Gesprächsangebot, dem sogenannten „Peer Counseling“ teilzunehmen. Sie werden mit einem Peer zusammengebracht, der sich in der Vergangenheit einer vergleichbaren Amputation unterziehen musste. In einem vertraulichen Gespräch beantwortet er Ihre persönlichen Fragen und erläutert beispielsweise seinen eigenen Weg zur Bewältigung des Verlustes.

Ihr Name und die Tatsache, dass Sie sich in ärztlicher Behandlung befinden, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Daher können wir dem Peer Ihr Interesse an dem Beratungsangebot nur mitteilen, wenn Sie zuvor einwilligen. Wenn Sie sich für eine Teilnahme an dem Peer-Besuchsprogramm entscheiden möchten wir Sie bitten, Ihre behandelnden Ärzte dem Peer gegenüber von der ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden. Wenn Sie Ihr Einverständnis erteilen, werden wir von Ihrem Interesse an dem Beratungsangebot teilzunehmen, berichten.

Da Peers weder ärztliche noch andere Mitarbeiter des Krankenhauses sind, werden diese über das Datengeheimnis belehrt und schriftlich auf die Einhaltung des Datengeheimnisses verpflichtet.

Sie können Ihr Einverständnis an der Teilnahme jederzeit und ohne die Nennung von Gründen widerrufen, ohne dass Ihnen hierdurch ein Nachteil für Ihre medizinische Behandlung entsteht. Nach dem Widerruf werden wir keine der oben genannten Informationen mehr an einen Peer des Besuchsprogramms übermitteln.

- Ich stimme der Weitergabe meiner Kontaktdaten (Name, Telefonnummer, aktueller Aufenthaltsort) an einen Peer zur Terminvereinbarung zu.
- Ich stimme darüber hinaus der Weitergabe folgender Informationen an den ausgewählten Peer zu:
  - Krankheitsverlauf
  - Unfallhergang
  - Verletzungsart
  - Alter
  - Familienstand
  - Beruf

Über die Inhalte und Zielsetzungen des Peer-Verfahrens bin ich informiert worden und stimme diesen zu.

Inhalte der Gespräche werden weder dokumentiert noch an andere Personen weitergegeben, es sei denn ich habe dem ausdrücklich schriftlich vorher zugestimmt.

Die Weitergabe meiner persönlichen Daten an Dritte erfolgt nur mit meiner ausdrücklichen schriftlichen Einwilligung.

Der Peer wurde zur Vertraulichkeit und strikter Geheimhaltung verpflichtet.

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Betroffener/Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Peerbesucher des BMAB e.V.