

Einwilligungs- und Datenschutzerklärung zum Projekt VetCAb-S

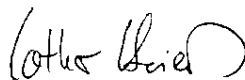
Im Rahmen des Projektes „VetCAb-S: Longitudinale Erfassung von Verbrauchsmengen für Antibiotika bei Lebensmittel liefernden Tieren in ausgewählten repräsentativen Tierarztpraxen und Betrieben (Teilnehmer-Sentinel)“ sollen Daten zum Antibiotikaeinsatz erhoben werden. Als Datengrundlage dienen dabei die Arzneimittelanwendungs- und -abgabebelege.

Erklärung zum Datenschutz:

Das Institut für Biometrie, Epidemiologie und Informationsverarbeitung der Tierärztlichen Hochschule Hannover versichert, dass

1. personen- bzw. betriebsbezogene Daten streng vertraulich unter Berücksichtigung des Niedersächsischen Datenschutzgesetzes (NDSG) behandelt werden.
2. Personen identifizierende Angaben (wie Namen und Adresse) zu einzelnen Tierärzten und Landwirten pseudonymisiert werden und nicht in die zentrale Datenbank überführt werden.
3. die Daten ausschließlich von im Projekt autorisierten Mitarbeitern dokumentiert bzw. bearbeitet werden. Sämtliche Zugriffe erfolgen streng vertraulich.
4. eine Weitergabe der personen-/betriebsbezogenen Daten an Dritte grundsätzlich ausgeschlossen ist.
5. das Institut keine Überwachungsbehörden darstellt und auch keine Daten an diese weitergeleitet werden.
6. die zusammengefassten und ausgewerteten Daten so zusammengefasst werden, dass eine Rückverfolgung auf den einzelnen Betrieb/Tierarzt nicht möglich ist.
7. ausschließlich die Daten gesammelt werden, die notwendig sind, um den Einsatz von Antibiotika zu quantifizieren.

Hannover, im März 2014



Prof. Dr. Lothar Kreienbrock
Tierärztliche Hochschule Hannover
(maschinell)

Einwilligung der Tierarztpraxis

Ich erkläre hiermit meine Teilnahme an dem oben genannten Forschungsvorhaben und gewähre Zugang zu Arzneimittelanwendungs- und -abgabebelegen bzw. den entsprechenden Daten in einer Software. Ich wurde darauf hingewiesen, dass meine Teilnahme an der Studie freiwillig ist und dass ich das Recht habe, diese jederzeit ohne Angabe von Gründen zu beenden, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen.

Name, Vorname:.....

Adresse:

.....

Telefon:.....

.....

Ort, Datum, Unterschrift/Stempel
(Praxis)