

An die  
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V.  
Referat Heilbehandlung / Gesundheitswesen  
Glinkastr. 40  
10117 Berlin

Fax: 030 288 763 860

**Bitte bis 12.12.2016  
einsenden!**

## Qualitätssicherungsverfahren für Durchgangsarztberichte (Peer Review)

### Mitwirkungserklärung

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Anschrift meiner Praxis/meines Krankenhauses:**

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

**Mein Institutionskennzeichen (IK):** \_\_\_\_\_

**Meine E-Mail-Adresse:** \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich meine Bereitschaft zur Mitwirkung als Peer am Qualitätssicherungsverfahren für Durchgangsarztberichte. Ich bin bereit, ab Februar 2017 während der Laufzeit des Projekts bis voraussichtlich Februar 2018 wöchentlich ca. 10 bis 15 Durchgangsarztberichte zu begutachten. Mir ist bekannt, dass die Begutachtung eines Durchgangsarztberichtes etwa 5 Minuten Zeitaufwand in Anspruch nimmt. Ich erkläre mich bereit, zuvor ein Manual durchzusehen, an einer Online-Schulung teilzunehmen und drei Übungsberichte zu bearbeiten. Der zeitliche Gesamtaufwand der aufgeführten Schulungsmaßnahmen beträgt insgesamt etwa 30 bis 45 Minuten.

Die Durchgangsarztberichte und die ggf. zugehörigen Ergänzungsberichte werden online zur Verfügung gestellt und enthalten keine personenbezogenen, identifizierenden Daten zu Patienten oder den ausstellenden Ärzten. Die Namen der Peers werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Als Peer verbleibe ich auch gegenüber den zu begutachtenden D-Ärzten anonym.

Ich verpflichte mich ausdrücklich, alle im Rahmen dieses Projektes direkt oder indirekt erlangten Informationen über Ärzte, Krankenhäuser oder Patienten jederzeit -auch nach Abschluss des Projektes- geheim zu halten.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift