KLINIK FÜR HÄMATOLOGIE UND ONKOLOGIE,
PALLIATIVMEDIZIN
Chefarzt Prof. Dr. med. St. Frühauf
- Hämatologie und Onkologie-
Ltd. Abteilungsarzt Priv. Doz. Dr. med. R. Nowak

Patientenetikett

Tel.: 06621 88–1840
Fax: 06621 88–1844
Sekretariat: 06621 88-1794
E-Mail: Tumorkonsil@klinikum-hef.de
Internet: www.klinikum-bad-hersfeld.de

Einwilligungserklärung – Vorstellung im Tumorkonsil des Klinikums Bad Hersfeld

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt darüber aufgeklärt, dass meine Krankheitsgeschichte inklusive aller vorliegenden Befunde im Rahmen einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt und besprochen wird. Durch die Teilnahme unterschiedlicher Spezialisten an dieser Tumorkonferenz soll die optimale Diagnostik und Therapie für meine Krebserkrankung erreicht werden. Weiterhin soll das Tumorkonsil die Möglichkeit der prozessorientierten Fortbildung für weitere Ärzte geben.
Folgende Personenkreise an diesem Konsil können teilnehmen:

- alle an der Krankenversorgung beteiligten Ärzte und Studenten der Versorgungseinrichtungen der Klinikum Bad Hersfeld GmbH, Mitarbeiter aller auswärtigen Kliniken und Fachabteilungen, die Mitglied im ZIO sind.
- alle in der onkologischen Krankenversorgung beteiligten niedergelassenen Ärzte, sofern Sie Mitglied des ZIO sind
- alle niedergelassene Ärzte, die Patienten im jeweiligen Tumorkonsil vorstellen

Diese Personen werden alle namentlich im Konsilprotokoll aufgeführt und unterliegen den Datenschutzbestimmungen des Klinikums und des ZIO.

Mit dieser Einwilligung entbinde ich die mich behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht:

Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen meiner Regelbehandlung erhobenen personenbezogenen Daten und Informationen den beteiligten Ärzten zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung zur Verfügung gestellt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die Behandlungsdaten/Befunde meines mitbehandelnden Hausarztes oder Onkologen, die für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, durch das ZIO angefordert werden können.

Ich bin einverstanden, dass die Befunde meiner Behandlung in der obenbeschriebenen Tumorkonferenz besprochen werden, um eine optimale Diagnostik- und/oder Therapieempfehlung zu erhalten.

Ich bin einverstanden, dass diese Daten in pseudonymisierter Form zur Durchführung von Qualitätssicherungs- bzw. Forschungsprojekten im Sinne der Zertifizierung (Überprüfung der Qualität) im Tumorregister des ZIO verwendet werden.

Ich bin **nicht** einverstanden.

Sämtliche Fragen wurden verständlich und zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
Dieses Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Patientin/Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Wenn Sie die Einwilligung nur eingeschränkt erteilen wollen, nennen Sie bitte nachfolgend die Ärzte, an die Daten nicht weiter gegeben werden sollen: (bitte Rückseite verwenden)