


Vinzenzkrankenhaus Hannover VW-F-6480066 Version: V00 Ausgabedatum: 04.01.2023	Datenschutzeinwilligungserklärung zur Vorstellung in Tumorkonferenzen	
--	--	---

Patient*in: (oder Patientenetikett)

.....

Name, Vorname

.....

Geburtsdatum

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt*in darüber aufgeklärt, dass meine Krankheitsgeschichte inklusive aller vorliegenden Befunde im Rahmen interdisziplinärer Tumorkonferenzen im Vinzenzkrankenhaus Hannover vorgestellt und besprochen wird.

Für die Zertifizierungen der Organkrebszentren (Brustkrebszentrum, Darmkrebszentrum, Prostatakarzinomzentrum, Harnblasenkrebszentrum, Nierenkrebszentrum) sind Tumorkonferenzen erforderlich.

Tumorkonferenzen verfolgen das Ziel, eine interdisziplinäre Meinungsbildung und eine gemeinschaftliche Empfehlung für meinen individuellen Diagnose- und Therapieplan zu erarbeiten und als Beschluss festzuhalten.

Mir ist bekannt, dass neben den direkt an der Behandlung beteiligten Ärzten des Vinzenzkrankenhauses auch konsiliarisch hinzugezogene Ärzte der Strahlentherapie, der Pathologie, der Hämatonkologie, der Nuklearmedizin, der Radiologie sowie für den Bereich des Prostatakarzinomzentrums weitere Personen aus Selbsthilfegruppen des Netzwerkes teilnehmen.

Alle Teilnehmer der Tumorkonferenzen werden namentlich erfasst. Die datenschutzrechtlichen Bedingungen sind bekannt und werden von den Teilnehmern beachtet.

Meine Einwilligung erfolgt freiwillig und ich kann diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angaben von Gründen widerrufen, ohne dass mir Nachteile entstehen.

Ich entbinde hiermit die mich behandelnden Ärzte des Vinzenzkrankenhauses gegenüber den Teilnehmern der Tumorkonferenz von der Schweigepflicht und willige ein, dass auch bei den angeschlossenen Kooperationspartnern medizinische und administrative Mitarbeiter meine Daten im Rahmen des Dokumentations- und Behandlungsprozesses einsehen und verarbeiten dürfen.

Ich willige nicht ein.

Hannover, den 20.....

.....

Unterschrift Patient*in / gesetzlicher Vertreter

Hannover, den 20.....

.....

Unterschrift Arzt*in