



Patienten-Einverständniserklärung zum Datenschutz und Schweigepflichtsentbindung für die Interdisziplinäre Tumorkonferenz

Bei mir wurde ein behandlungsbedürftiger Tumor festgestellt. Ich habe mich zur Behandlung im Christlichen Krankenhaus Quakenbrück entschlossen.

Zu Zwecken der Behandlungsplanung, -durchführung und Nachsorge werden personenbezogene Daten benötigt. Betroffen sind biografische und soziale Daten sowie Daten betreffend die Gesundheit und das Behandlungsgeschehen.

Ich,

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	

erkläre mich hiermit einverstanden, dass das Christliche Krankenhaus Quakenbrück meine personenbezogenen Daten ergänzend zu Ihrem gesetzlichen Verwendungsrecht in folgender Art und Weise unter Beachtung der geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen verwendet:

1. Das Behandlungskonzept des im bei mir diagnostizierten Tumors wird im Christlichen Krankenhaus Quakenbrück innerhalb einer interdisziplinären Tumorkonferenz festgelegt. An den regelmäßig stattfindenden Tumorkonferenzen werden Fachärzte folgender Fachrichtungen teilnehmen:

- Gastroenterologie
- Allgemein- und Viszeralchirurgie
- Kardiologie
- Neurochirurgie
- Onkologie
- Pathologie
- Radiologie
- Strahlentherapie
- Thoraxchirurgie
- Urologie
- Psychoonkologie
- Neurologie

Zusätzlich können auch niedergelassene Fachärzte und Hausärzte an der Konferenz teilnehmen. Teilnehmer der Tumorkonferenz unterliegen ihrerseits der Schweigepflicht.



2. Nach Ablauf der Behandlung ist für mich ein Nachsorgeprogramm geplant. Die Teilnahme daran wird mir ausdrücklich empfohlen.

Hiermit willige ich in die Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten der in diesem Dokument unter den Ziffern 1 und 2 beschriebenen Erhebungen, einschließlich meiner Gesundheitsdaten als besondere bezogene Daten ein.

Vorstehende Erklärungen sind jederzeit einzeln oder insgesamt durch schriftliche Erklärungen gegenüber dem Christlichen Krankenhaus Quakenbrück widerruflich.

Mir ist bewusst, dass ich zur Erteilung einer Einwilligung und zu Schweigepflichtentbindungen nicht verpflichtet bin und diese freiwillig erfolgen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Gesetzlicher Betreuer/Vormund
