



Einverständniserklärung zur Schweigepflichtsentbindung und zum Datenschutz für die Vorstellung externer Patienten in der Interdisziplinären Tumorkonferenz am Klinikum WHV

- Klinikum WHV -

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße Hausnr.	
PLZ Ort	

Bei mir wurde ein behandlungspflichtiger Tumor festgestellt. Zu Zwecken der Behandlungsplanung, -durchführung und Nachsorge werden personenbezogene Daten benötigt. Betroffen sind biografische und soziale Daten sowie Daten betreffend die Gesundheit, der Diagnostik und Therapie meiner Erkrankung.

Im Klinikum Wilhelmshaven wird in einer interdisziplinären Tumorkonferenz mein persönliches Behandlungskonzept mit allen Beteiligten besprochen und festgelegt. An den regelmäßig stattfindenden Tumorkonferenzen nehmen immer Fachärzte der Fächer Gastroenterologie, Allgemein- Thorax- und Viszeralchirurgie, Onkologie, Pathologie, Radiologie und Strahlentherapie teil.

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

Meinen Fall wird von _____ in der Tumorkonferenz am ____ . ____ . 20 ____
vorgestellt.

Hiermit willige ich in die Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten zu den oben beschriebenen Zwecken ein.

Mein Einverständnis kann ich jederzeit durch schriftliche Erklärungen gegenüber dem Klinikum Wilhelmshaven widerrufen. Mir ist bewusst, dass ich zur Erteilung einer Einwilligung und zu Schweigepflichtentbindungen nicht verpflichtet bin und diese freiwillig erfolgen.

Ort, Datum _____

Unterschrift Patient _____