

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in der fachübergreifenden Tumorkonferenz der Asklepios Stadtklinik Bad Tölz besprechen Experten aus unterschiedlichen Fachgebieten (z. B. Urologie, Onkologie, Chirurgie, Strahlentherapie, Radiologie, Pathologie, Gastroenterologie etc.) die Behandlung von Patienten mit Krebserkrankungen z.B. von Prostata, Niere, Blase, Hoden, Lunge, Speiseröhre, Magen, Leber, Bauchspeicheldrüse, Bauchfell etc. Die Tumorkonferenz findet in den Räumlichkeiten der Asklepios Stadtklinik Bad Tölz statt. Per Livestream nehmen kooperierende Fachexperten von Einrichtungen umliegender Standorte teil. Aktuell wird dazu die Telefon- und Videoplattform Microsoft Teams genutzt, die lokal auf einem Server des zentralen Rechenzentrums des Asklepios Konzerns betrieben wird. Auf diese Weise können alle Teilnehmer relevantes Bildmaterial (z.B. Röntgen- oder MRT-Bilder) und ggf. andere Unterlagen (z.B. Laborergebnisse und Pathologieberichte) begutachten. Ziel ist es, für jeden einzelnen Krebspatienten eine gemeinsam abgestimmte, bestmögliche Therapie zu empfehlen. Damit den Teilnehmern der Tumorkonferenzen die notwendigen Informationen über Ihre Krankheit und die Befunde zur Verfügung stehen, ist Ihre Zustimmung erforderlich. Durch diese Zustimmung gestatten Sie die Übermittlung der erforderlichen Krankheitsdaten von Ihrem behandelnden Arzt an die Teilnehmer der Tumorkonferenz der Asklepios Stadtklinik Bad Tölz. Die Vorstellung der Patienten erfolgt namensbezogen. Diese Behandlungsdaten und das Protokoll der Konferenz mit der Therapieempfehlung stehen den Beteiligten nach der Tumorkonferenz zur Verfügung.

Ich wurde durch meinen behandelnden Arzt darüber aufgeklärt und bin damit einverstanden, dass der Asklepios Stadtklinik Bad Tölz meine medizinischen, sozialen und persönlichen Daten namensbezogen übermittelt werden, soweit dieses zur Einholung einer Therapieempfehlung durch die Tumorkonferenz erforderlich ist. Hierfür entbinde ich meinen behandelnden Arzt von der Schweigepflicht. Meine Einwilligung erfolgt freiwillig und ich kann diese Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen, ohne dass mir Nachteile entstehen.

---

Name/Vorname

---

Geburtsdatum

---

Ort/Datum

---

Unterschrift