

 ASKLEPIOS	Einwilligungserklärung Tumorkonferenz	Ansprechpartner: A.Szalai	
Geltungsbereich: AK St. Georg	Patienteninformation	756266	15-QM

Einwilligungserklärung für die Vorstellung in der Tumorkonferenz der Asklepios Klinik St. Georg

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Asklepios Klinik St. Georg ist Mitglied des Asklepios Tumorzentrums Hamburg. Großen Wert legen wir auf die enge Verzahnung von ambulanter und stationärer Behandlung, Arzneimittelsicherheit, Beteiligung an Studien, Integration der Palliativmedizin, Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten und auf ein Vorsorge- und Nachsorgenetzwerk, das betroffene Krebspatienten bei Bedarf mit psychologischer Betreuung begleitet.

In den fachübergreifenden Tumorkonferenzen der Asklepios Klinik St. Georg besprechen Experten aus unterschiedlichen Fachgebieten (z. B. Onkologie, Chirurgie, Strahlentherapie, Radiologie, Pathologie, Gastroenterologie, etc.) die Behandlung von Patienten z. B. mit Krebserkrankungen von Lunge, Speiseröhre, Magen, Leber, Bauchspeicheldrüse, Bauchfell, Metastasen etc. 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 Klinik St. Georg. 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 Klinik St. Georg 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

Unterschrift Datum