

INTERDISZIPLINÄRE TUMORKONFERENZ

Do, 16:30 – 17:30 Uhr: Gastrointestinale Tumore,
Pneumo-Onkologie, Uro-Onkologie

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG



Einwilligungserklärung für die Vorstellung in der Interdisziplinären Tumorkonferenz der Asklepios Paulinen Klinik

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

In den fachübergreifenden/ interdisziplinären Tumorkonferenz der Asklepios Paulinen Klinik besprechen Experten aus unterschiedlichen Fachgebieten (z. B. Onkologie, Chirurgie, Strahlentherapie, Radiologie, Pathologie, Gastroenterologie, Urologie, Gynäkologie etc.) die Behandlung von Patienten z. B. mit Krebserkrankungen von Lunge, Speiseröhre, Magen, Leber, Bauchspeicheldrüse, Bauchfell, Niere, Blase, Prostata, 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 Paulinen Klinik. 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 Paulinen Klinik 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