

## Patienteninformation und Einwilligungserklärung interdisziplinäre Konferenzen und Zentren



Patientenangaben	
Nachname, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Adresse:	
Hausarzt/Facharzt:	

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

aus datenschutzrechtlichen Gründen ist Ihre schriftliche Einwilligung zur Vorstellung Ihrer Erkrankung, der Dokumentation (Speicherung) und Nachsorge für interdisziplinäre Konferenzen sowie in den verschiedenen Zentren der Klinikum Darmstadt GmbH erforderlich.

Diese Konferenzen dienen ausschließlich dazu, unter Einschluss aller beteiligten Fachdisziplinen Vorschläge und Empfehlungen zur weiteren Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft auszusprechen.

Diese Empfehlungen werden Ihnen nach den Konferenzen von den behandelnden Ärzten vorgestellt und mit Ihnen besprochen.

Mitglieder der Konferenzen sind ärztliche Vertreter aller am Therapieplan beteiligten Fachdisziplinen.

Damit sich die an den Konferenzen teilnehmenden Ärzte über Ihre Erkrankung vor der Besprechung informieren können, ist es notwendig, dass Ihre Patientendaten vorab in den Datenbanken elektronisch verfügbar sind.

### Einwilligung in zentrale Dokumentationen und Vorstellung in Konferenzen

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten in den zentralen Dokumentationen von Zentren in der Klinikum Darmstadt GmbH gespeichert werden. Ebenso bin ich mit der Vorstellung meines Krankheitsbildes in einer der Konferenzen einverstanden.

Ja  Nein

### Einwilligung zur Nachsorge („Follow-up“)

Ich bin damit einverstanden, dass bei nachbehandelnden Ärzten zum Nachweis der Qualitätssicherung vorliegende Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese erforderlich sind, an Zentren der Klinikum Darmstadt GmbH übermittelt werden.

Ja  Nein

### Einwilligung und Begutachtung durch Zertifizierungsgesellschaften

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Qualitätskontrollen (Zertifizierungen) Fachexperten von Zertifizierungsstellen für Zentren Einblick in meine Krankenunterlagen nehmen.

Ja  Nein

Diese Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit schriftlich ohne Angaben von Gründen widerrufen werden. Der Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem er ausgesprochen wird. Ab diesem Zeitpunkt wird keine Datenweitergabe an Zentren bzw. keine Besprechung meiner Erkrankung in Konferenzen mehr erfolgen. Der Widerruf hat keine Rückwirkung. Eine bereits erfolgte Datenweitergabe bzw. Besprechung in Konferenzen bleibt rechtmäßig. Mir ist bewusst, dass bei einer Nichteinwilligung keine ganzheitliche bzw. interdisziplinäre Behandlung möglich ist. Weitere Fragen zur Datenverwendung beantworten behandelnde Ärzte.

X

### Unterschrift des Patienten / Vertreters

(bei minderjährigen Patienten: des oder der Sorgeberechtigten)

## Information zur Meldepflicht und Widerspruch Hessisches Krebsregister



Gemäß gesetzlicher Vorgaben sind Ärztinnen/ Ärzte zu einer personenbezogenen Meldung aller Krebserkrankungen an das **Hessische Krebsregister** verpflichtet.

**Eine gesetzliche Widerspruchsmöglichkeit gegen die Durchführung der Meldungen besteht nicht.**

Folgende Daten werden hierbei gemeldet:

### 1. Angaben zur Person

- Name
- Anschrift
- Geschlecht
- Geburtsdatum
- Krankenversicherungsdaten

### 2. Medizinische Daten zu Ihrer Erkrankung

- Diagnose, Lokalisation und Ausbreitung des Tumors
- Diagnosedatum
- Art der Diagnosesicherung, z. B. Entnahme einer Gewebeprobe
- Art, Beginn, Dauer und Ergebnis der Therapie
- Krankheitsverlauf
- Vitalstatus
- Meldende Institution (Meldende/r Arzt/Ärztin bzw. Krankenhaus)

**Gegen die Speicherung der Identitätsdaten im Hessischen Krebsregister besteht jedoch die Möglichkeit des Widerspruchs.** Der Widerspruch kann bei jeder Ärztin/ jedem Arzt Ihrer Behandlung im Klinikum Darmstadt oder direkt schriftlich eingereicht werden bei:

Verantwortlicher im Sinne der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung:

Landesärztekammer Hessen

Hanauer Landstraße 152

60314 Frankfurt am Main

Telefon: 069 97672-0

E-Mail: [info@laekh.de](mailto:info@laekh.de)

Datenschutzbeauftragter der LÄKH:

Andreas Wolf

Hanauer Landstraße 152

60314 Frankfurt am Main

Telefon: 069 97672-313

E-Mail: [datenschutz@laekh.de](mailto:datenschutz@laekh.de)

Die Datenverarbeitung im Hessischen Krebsregister erfolgt streng vertraulich.

Maßnahmen zum Schutz der Daten entsprechen aktuellsten Standards.

Eine Nutzung der Daten für Auswertungen geschieht nach strengen, gesetzlich vorgegebenen Auflagen und ohne Namensbezug (pseudonymisiert).