
Einwilligungserklärung Vorstellung im uro-onkologischen Tumorboard

Name

Vorname

Geburtsdatum

Lieber Patient, liebe Patientin,

Am Marienkrankenhaus Hamburg haben sich Kliniken und Institute zusammengeschlossen, um als Tumorzentrum die Vorsorge, Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei Tumorerkrankungen zu verbessern.

Ziel und Selbstverpflichtung des Tumorzentrums ist es, für Sie auf Basis aktueller medizinischer Kenntnis die beste individuelle Entscheidung im Hinblick auf Diagnose und Therapie zu treffen. Dafür arbeiten verschiedene Fachdisziplinen (Onkologen, Chirurgen, Strahlentherapeuten, Psychologen, Radiologen, Hausärzte, Pflegekräfte ...) eng zusammen. So werden zu den einzelnen Patientinnen und Patienten gemeinsame Tumorkonferenzen abgehalten, die je nach Krankheitsbild aus verschiedenen Experten zusammengesetzt sind.

Damit den Teilnehmer*innen der Tumorkonferenzen für ihre Entscheidungen die Informationen über Ihre Krankheit und die Befunde zur Verfügung gestellt werden können, ist Ihre Zustimmung erforderlich. Die Vorstellung der Patienten in der Tumorkonferenz erfolgt namensbezogen. Diese Behandlungsdaten und das Protokoll der Konferenz mit der Therapieempfehlung stehen den Beteiligten nach der Tumorkonferenz zur Verfügung.

Die Ergebnisse werden zudem in der elektronischen Patientenakte gespeichert. Die ärztlichen Teilnehmer der Tumorkonferenz und Ihre behandelnden Ärzte können in diese Daten Einsicht nehmen.

Einwilligungserklärung für die Vorstellung im uro-onkologischen Tumorboard am Marienkrankenhaus Hamburg

Ich wurde durch meinen behandelnden Arzt darüber aufgeklärt und bin einverstanden, dass dem Marienkrankenhaus Hamburg meine medizinischen, sozialen und persönlichen Daten namensbezogen übermittelt werden, soweit dies zur Einholung einer Therapieempfehlung durch die interdisziplinäre Tumorkonferenz erforderlich ist. Hierfür entbinde ich meinen behandelnden Arzt von der Schweigepflicht.

Ich kann diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem Marienkrankenhaus Hamburg ohne Nachteile für meine Behandlung widerrufen.

☐

Ja

☐

Nein

Hamburg, den _____, _____ (Unterschrift)