

Formular

ID: FO-GKM-32931-2 - intern

ORBIS_Einwilligung zur Datenverarbeitung und
Schweigepflichtentbindung Tumorpatienten

Patientenetikett

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen Ihrer medizinischen Behandlung werden durch die Praxen und Krankenhäuser Daten über Ihre Person, Ihren sozialen Status sowie die für die Therapie notwendigen medizinischen Daten erhoben und gespeichert. Unter der strikten Beachtung des Datenschutzgesetzes werden diese Daten gegebenenfalls auch an Dritte (z.B. Kostenträger, weiter- bzw. mitbehandelnde Ärzte, andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder Rehabilitationseinrichtungen) übermittelt.

In der Regel handelt es sich um folgende Daten, die wir für Ihre optimale Betreuung weiterverwenden:

1. Familienname und Vorname der Patientin / des Patienten, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer
2. Diagnose(n)
3. Angaben zur Krankheitsvorgeschichte und zum Krankheitsverlauf
4. bisherige medizinische Behandlungen, eventuelle Komplikationen und andere wichtige Befunde mit Datumsangabe
5. Vorschläge für die weitere Behandlung und eventuelle Rehabilitationsmaßnahmen mit Angabe geeigneter Einrichtungen

Name, Vorname, Geburtsdatum der Patientin / des Patienten

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine medizinischen Erkrankungs- und Behandlungsdaten zum Zwecke der internen und externen Qualitätssicherung und für Folgebehandlungen entsprechend den gesetzlichen Vorgaben des Datenschutzes gespeichert und verarbeitet werden.

Ich entbinde hierzu von der ärztlichen Schweigepflicht:

meine(n) Hausärztin/-arzt: _____
Name, Vorname, Ort der Praxis

meine(n) onkologische(n) Fachärztin/-arzt: _____
Name, Vorname, Ort der Praxis

weitere Ärztinnen und Ärzte: _____

Name, Vorname, Ort der Praxis

Ich bin damit einverstanden, dass

1. erforderliche Befunde und Berichte anderer Ärztinnen und Ärzte von Praxen und Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen (z.B. Reha-Kliniken) bei diesen über einen Zeitraum von bis zu 10 Jahren angefordert werden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. erforderliche Befunde und Berichte anderer Ärztinnen und Ärzte von Praxen und Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen (z.B. Reha-Kliniken) an diese weitergegeben werden dürfen. Hierzu werden die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie ihre berufsmäßigen Helfer ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. meine medizinischen Daten, sofern eine rasche Übermittlung erforderlich ist, auch per Fax übermittelt werden dürfen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. meine medizinischen Daten im Rahmen von Tumorkonferenzen im ärztlichen Expertenkreis und mit dem in die Behandlung eingebundenen medizinischem Fachpersonal (z.B. Pflegepersonal, Psychoonkologinnen und Psychoonkologen) des GKM besprochen werden dürfen. Ich erteile mein Einverständnis auch für die Besprechung meiner medizinischen Daten im Rahmen einer Videokonferenz. Ziel dieses Expertengremiums des GKM ist die gemeinsame Diskussion, Therapieplanung und Auswertung der Behandlungsergebnisse, um eine bestmögliche Versorgung seiner Patientinnen und Patienten zu erzielen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Krebsregister

Seit dem 1. Januar 2016 besteht die gesetzliche Verpflichtung für Ärztinnen und Ärzte Krebsneuerkrankungen an das Krebsregister zu melden und die Betroffenen darüber zu informieren. Die Meldung erfolgt mit Angabe der Krankenkassen- und Krankenversicherungsnummer. Sie können der dauerhaften Speicherung Ihrer Identitätsdaten widersprechen. In diesem Fall werden die Daten nach der Meldung und Anonymisierung gelöscht. Hiermit bestätige ich, über die gesetzliche Verpflichtung für die Meldung an das Krebsregister informiert worden zu sein.

Möchten Sie der Speicherung Ihrer Identitätsdaten im Krebsregister widersprechen, wenden Sie sich bitte unmittelbar an das:

Krebsregister Rheinland-Pfalz
Am Pulverturm 13
55131 Mainz
Tel.: 06131 17 - 4603

Ich habe eine Kopie dieser Einwilligung erhalten.

Ich möchte keine Kopie dieser Einwilligung.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Bearbeitungsvermerk /
Kürzel:

Datum

Unterschrift Patientin / Patient