

# Lungenfibrose-Fallkonferenz



## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Ihnen die bestmögliche Behandlung ermöglichen und arbeiten zu diesem Zweck partnerschaftlich mit Krankenhausärzten anderer Häuser und niedergelassenen Kollegen unterschiedlicher Fachrichtungen zusammen.

Ein wesentlicher Bestandteil der Festlegung der optimalen Diagnostik und Behandlung ist die Besprechung Ihres individuellen Falles in einer interdisziplinären Fallkonferenz. Am Pius-Hospital werden so Patienten mit einer interstitiellen Lungenerkrankung in einer spezialisierten Konferenzen besprochen. Um eine optimale Empfehlung zu erarbeiten, ist es notwendig, dass die für eine Entscheidung notwendigen Fachärzte sich an der Konferenz beteiligen, auch wenn nicht jeder beteiligte Arzt Ihr unmittelbar behandelnder Arzt ist. Da sich Ihre persönlichen Daten z.B. auf Röntgenbildern oder anderen Befundträgern befinden, kann eine Besprechung Ihres Falles in der Fallkonferenz in anonymisierter Form nicht erreicht werden.

Unsere Einrichtung beteiligt sich zusätzlich an Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Versorgung lungenkranker Menschen. Hierzu ist es erforderlich, dass Ihre Behandlungsdaten pseudonymisiert, d.h. mit einem Nummerncode, Ihrem Geburtsjahr und der Postleitzahl Ihrer Anschrift verschlüsselt, und ausgewertet werden. Diese pseudonymisierten Daten werden im Pius Hospital für die Dauer von Jahren gespeichert. Über das Pseudonym kann nur die Fachklinik im PIUS Hospital Rückschluss auf Ihre Daten erhalten. Aber damit kann die Qualität der Behandlung durch medizinische Fachgesellschaften und zu wissenschaftlichen Zwecken kontrolliert werden.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

## Patienteneinverständniserklärung/Datenschutzrechtliche Einwilligung

Name der Patientin/des Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Patienten-ID: \_\_\_\_\_

Im Rahmen der hier erteilten Einwilligungen entbinde ich die mich behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht:

- Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen meiner Regelbehandlung erhobenen personenbezogenen Daten und Informationen den an der Behandlung beteiligten Ärzten zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung zur Verfügung gestellt werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Behandlungsdaten/Befunde meines mitbehandelnden Hausarztes, Radiologen oder Pneumologen, die für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, durch das Pius Hospital angefordert werden können.
- Ich bin einverstanden, dass die Befunde meiner Behandlung im Pius-Hospital in der oben beschriebenen Fallkonferenz besprochen werden, um eine optimale Diagnostik- und/oder Therapieempfehlung zu erhalten.
- Ich bin einverstanden, dass diese Daten in pseudonymisierter Form zur Durchführung von Qualitätssicherungs- bzw. Forschungsprojekten verwendet werden.

Diese Einverständniserklärungen kann ich einzeln oder insgesamt jederzeit widerrufen, ohne dass die Behandlung durch die Fachabteilung im PIUS beeinträchtigt wird.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift Patientin/Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Wenn Sie die Einwilligung nur eingeschränkt erteilen wollen, nennen Sie bitte nachfolgend die Ärzte, an die Daten nicht weiter gegeben werden sollen:

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift Name und Anschrift