

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 Tumorkonferenz. Am Pius-Hospital werden so Patienten mit Tumorerkrankungen des Magen-Darm-Traktes, der Lunge und Brustorgane, der weiblichen Geschlechtsorgane sowie anderer Tumorerkrankungen in den jeweiligen spezialisierten Tumorkonferenzen 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 Tumorkonferenz in anonymisierter Form nicht erreicht werden.

Unsere Einrichtung beteiligt sich zusätzlich an Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Versorgung krebserkrankter 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. So kann die Qualität der Behandlung durch die Fachgesellschaften und externe Gutachter jährlich kontrolliert werden. Seit dem 01.01.2013 sind wir darüber hinaus gesetzlich dazu verpflichtet, ihre Erkrankung dem epidemiologischen Krebsregister Niedersachsen zu melden. Falls sie die Rückverfolgung ihrer Daten durch das Krebsregister nicht wünschen ist eine Rückmeldung erforderlich. Ihre Daten werden dann mit einem Sperrvermerk versehen.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Patienteneinverständniserklärung / Datenschutzrechtliche Einwilligung

Name der Patientin/ des Patienten: _____

Geburtsdag: _____

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 beteiligten Ärzten zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung zur Verfügung gestellt werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Behandlungsdaten/Befunde meines mitbehandelnden Hausarztes oder Onkologen, 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 Tumorkonferenz besprochen werden, um eine optimale Diagnostik- und/oder Therapieempfehlung vom Cancer Center des Pius-Hospitals zu erhalten.
- Ich bin einverstanden, dass diese Daten in pseudonymisierter Form zur Durchführung von Qualitätssicherungs- bzw. Forschungsprojekten im Sinne der Zertifizierung (Überprüfung der Qualität) des Cancer Center verwendet werden.

Dieses Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen, ohne dass meine medizinische Versorgung dadurch negativ 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