

**Einwilligungserklärung zur Besprechung in der Tumorkonferenz für externe Patient: innen**

**Medizinische Universität  
Lausitz – Carl Thiem**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen wurde eine Krebserkrankung oder deren Vorstufe diagnostiziert.

Ihr behandelnder Arzt möchte die bei Ihnen erhobenen Befunde (z. B. Röntgenbilder, Laborwerte oder auch Ergebnisse bisheriger Behandlungen) in einer Tumorkonferenz der Medizinischen Universität Lausitz- Carl Thiem vorstellen. In diesen Konferenzen besprechen Experten aus verschiedenen Fachrichtungen die beste und, in Anerkennung Ihrer Situation und Wünsche, sinnvolle weitere Vorgehensweise.

Nach dieser Besprechung werden diese Daten, zusammen mit der Empfehlung der Tumorkonferenz, im Tumordokumentationssystem gespeichert um bei Unklarheiten, Rückfragen oder vielleicht im weiteren Verlauf erneut notwendiger Besprechungen später abrufbar zu sein. Zudem stellt dies sicher, dass die Ärztinnen und Ärzte der MUL-CT / Tumorzentrum Lausitz darauf zugreifen können, falls eine weitere Untersuchung oder Behandlung in unserer Klinik bzw. innerhalb des Zentrums erforderlich wird.

Die Vertraulichkeit der Verarbeitung wird vom Datenschutzbeauftragten der MUL-CT regelmäßig kontrolliert.

Zugriffsberechtigt sind nur die an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzte sowie deren Assistenzpersonal der Zentren und diejenigen, die über die stationäre Therapie hinaus die Behandlung übernehmen. Alle beteiligten Personen unterliegen selbstverständlich der gesetzlichen Schweigepflicht.

Ohne Ihre Einwilligung werden Ihre Daten keinesfalls an Außenstehende weitergegeben.

Die Beachtung der geltenden Regelungen zum Datenschutz ist für uns eine Selbstverständlichkeit.

Wir haben die technischen und organisatorischen Maßnahmen getroffen, die sicherstellen, dass die Vorschriften über den Datenschutz sowohl von uns als auch von den mit uns kooperierenden Partnern beachtet werden.

**Einwilligungserklärung der/des Patienten/Patientin**

Hiermit bestätige ich

---

Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift in Druckbuchstaben

Die oben genannten Informationen gelesen und verstanden zu haben und willige ein, dass mein behandelnder Arzt meine Daten an die Tumorkonferenz der MUL-CT zum Zweck der Besprechung meiner Erkrankung weitergeben darf. Des Weiteren willige ich ein, dass meine persönlichen Daten im Tumordokumentationssystem gespeichert werden.

Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung verweigern und jederzeit widerrufen kann, ohne dass mir dadurch ein Nachteil entsteht.

[ ] Meine Daten dürfen per Fax an die Tumorkonferenz der MUL-CT weitergegeben werden.

Eine Kopie der Einwilligung habe ich erhalten.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift