

Einwilligung zur Vorstellung im urologischen Tumorboard

Patient/in:

- ☐ Patientename:
☐ Geburtsdatum:

Einweisender Arzt / Klinik:

- ☐ Name / Einrichtung:
☐ Kontakt:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie erklären sich mit der Vorstellung Ihrer Krankheitsunterlagen in der interdisziplinären Tumorkonferenz für urologische Tumore (Tumorboard) der Klinik für Urologie des Universitätsklinikums des Saarlandes (UKS) einverstanden. An der Tumorkonferenz nehmen Ärzte verschiedener Fachrichtungen, Psychonkolog:innen und fachonkologische Pflegekräfte des UKS und Ärzte der Klinik für Pathologie des Universitätsklinikums Bonn teil. Ziel dieser Konferenz ist es, unter Einbeziehung von Fachärztinnen und Fachärzten verschiedener Disziplinen eine fundierte Empfehlung für Ihre weitere Behandlung zu erarbeiten.

Ihre medizinischen Daten werden dabei im Rahmen der Konferenz präsentiert und diskutiert. Alle Teilnehmenden unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Datenverarbeitung erfolgt gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen (DSGVO).

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet kein Tumorboard oder eine Datenübermittlung zwischen dem UKS und Ihrem behandelnden Arzt im Hinblick auf das Tumorboard statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie an Frau Ursula Geßner (eMail: ursula.gessner@uks.eu). Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig. Darüber hinaus haben Sie das Recht auf Auskunft über die Verarbeitung, Berichtigung, Löschung Ihrer Daten sowie Beschwerde bei der Datenschutzaufsichtsbehörde.

Ich erkläre hiermit:

- ☐ Ich bin mit der Vorstellung meiner Krankheitsunterlagen im urologischen Tumorboard einverstanden.
☐ Ich bin mit der Weitergabe der Tumorboard-Empfehlung an meinen einweisenden Arzt / meine einweisende Klinik einverstanden.

Ort, Datum:

Unterschrift Patient/in;

Unterschrift einweisender Arzt / Ärztin (optional):