



Einverständniserklärungen zur Meldepflicht, wissenschaftlichen Auswertung, Tumorkonferenz und Nachsorgeerhebung

im Falle einer Krebserkrankung

Name des Patienten :

Geburtsdatum:

Meldepflicht an das Landeskrebsregister Baden-Württemberg

Ich bin vom Arzt darüber informiert worden, dass meine Daten an das Landeskrebsregister Baden-Württemberg gemeldet werden. Das Informationsblatt habe ich erhalten. Mir ist bekannt, dass ich einen Widerspruch schriftlich an die Adresse auf dem Informationsblatt schicken kann.

Nachsorgeerhebung

Ich bin damit einverstanden, dass sich die Tumordokumentationsstellen der UMM im Falle einer Krebserkrankung mit mir und/oder meinen behandelnden Ärzten in Verbindung setzen, um meine Daten für die Nachsorgedokumentation einzuholen.

Ich bin nicht damit einverstanden, dass sich die Tumordokumentationsstellen der UMM im Falle einer Krebserkrankung mit mir und/oder meinen behandelnden Ärzten in Verbindung setzen, um meine Daten für die Nachsorgedokumentation einzuholen.

Meine behandelnden Ärzte sind:

Hausarzt:

Facharzt:

Wissenschaftliche Auswertung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Falle einer Krebserkrankung in der UMM wissenschaftlich ausgewertet werden.

Ich bin nicht damit einverstanden, dass meine Daten im Falle einer Krebserkrankung in der UMM wissenschaftlich ausgewertet werden.



Interdisziplinäre Tumorkonferenz

- Ich bin damit einverstanden, dass die mich behandelnden Ärzte/Ärztinnen im Rahmen einer fachübergreifenden Konferenz auch ärztliche Mitarbeiter/Innen aus anderen Fachgebieten und niedergelassene Ärzte einbinden, um zu einer umfassenden Empfehlung hinsichtlich Diagnostik u. Therapie zu gelangen. Ich bin einverstanden, dass die Ergebnisse dieser Konsultationen schriftlich niedergelegt werden. Die Konferenzen werden vor und ggf. nach der Behandlung abgehalten. Alle Teilnehmer an den Tumorkonferenzen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.
- Ich bin nicht damit einverstanden, dass die mich behandelnden Ärzte/Ärztinnen im Rahmen einer fachübergreifenden Konferenz auch ärztliche Mitarbeiter/Innen aus anderen Fachgebieten und niedergelassene Ärzte einbinden, um zu einer umfassenden Empfehlung hinsichtlich Diagnostik u. Therapie zu gelangen. Ich bin nicht einverstanden, dass die Ergebnisse dieser Konsultationen schriftlich niedergelegt werden. Die Konferenzen werden vor und ggf. nach der Behandlung abgehalten. Alle Teilnehmer an den Tumorkonferenzen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum: _____ Unterschrift Patient
(inkl. Bestätigung einer Kopie erhalten zu haben): _____

Unterschrift Arzt (o. beauftragter Mitarb.): _____