

## **Einverständniserklärung für die Vorstellung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz der MHH**

### **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

Ihr behandelnder Arzt (Name/Praxis):

möchte, für das weitere Vorgehen bei der Behandlung Ihrer Erkrankung eine Empfehlung von einer interdisziplinären Tumorkonferenz der MHH einholen. Zu diesem Zweck müssen die bei Ihnen erhobenen Befunde (Anamnese, Röntgenbilder, Laborwerte oder auch Ergebnisse bisheriger Behandlungen) der MHH von Ihrem behandelnden Arzt übermittelt werden.

Tumorkonferenzen sind regelmäßig stattfindende Besprechungen, bei denen unsere erfahrensten Fachärzte als Spezialisten aus den verschiedenen Fachrichtungen (z.B. Onkologen, Chirurgen, Strahlentherapeuten, Radiologen, Pathologen, ggf. niedergelassene Ärzte) zusammenkommen, um Untersuchungsergebnisse von Patienten mit Krebserkrankungen zu diskutieren und individuelle Empfehlungen zu den besten Behandlungsmöglichkeiten zu geben.

Durch eine Vorstellung in dieser Besprechung bekommen Sie und ihr behandelnder Arzt interdisziplinär abgestimmte Empfehlungen, die sich an aktuellen Leitlinien orientieren und den neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigen. Für die Empfehlung werden alle vorliegenden Befunde Ihrer Krankheitsgeschichte, insbesondere auch genannte Begleiterkrankungen berücksichtigt.

Natürlich ist die Empfehlung der Konferenz für Sie und Ihren behandelnden Arzt in keiner Weise bindend.

Damit den Teilnehmern der Tumorkonferenz für ihre Entscheidungen die notwendigen Informationen über Ihre Krankheit und die Befunde zur Verfügung gestellt werden können, ist Ihre Zustimmung erforderlich. Sie bezieht sich auf die Übermittlung der erforderlichen Krankheitsdaten von Ihrem behandelnden Arzt an die Teilnehmer der Tumorkonferenz der MHH. Die Daten werden wie von allen anderen direkt behandelten Patienten der MHH elektronisch gespeichert.

Nach der Besprechung müssen diese Daten zusammen mit der Empfehlung der Tumorkonferenz weiterhin gespeichert bleiben. So wird gewährleistet, dass bei Unklarheiten, Rückfragen oder nachfolgenden notwendigen Besprechungen diese Daten zweckgebunden abrufbar sind. Zudem stellt dies sicher, dass die Ärzte der MHH darauf zugreifen können, falls eine Behandlung in der MHH erforderlich wird. Der Umgang mit Ihren Daten unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht, die alle Mitglieder der Tumorkonferenz erfüllen.

### **Einwilligungserklärung der Patientin / des Patienten**

**Hiermit bestätige ich**

Vorname / Name / Geburtsdatum / Anschrift des Patienten in Druckbuchstaben

**die oben genannten verbindlichen Erläuterungen gelesen und verstanden zu haben und willige meinem behandelnden Arzt gegenüber in die Weitergabe meiner Daten an die MHH zum Zweck der Besprechung meiner Erkrankung in einer dort stattfindenden Tumorkonferenz ein. Mir ist bekannt, dass bei der Tumorkonferenz neben direkt an meiner Behandlung beteiligten Ärzten auch konsiliarisch hinzugezogene Ärzte sowie weitere Mitarbeiter der MHH anwesend sind.**

**Ich stimme ebenfalls zu, dass meine Daten wie von allen anderen direkt behandelten Patienten der MHH gespeichert werden dürfen und im Falle meiner Weiterbehandlung durch eine Klinik/ ein Institut oder Bereich der MHH, zur Verfügung gestellt werden dürfen.**

**Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.**

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum Unterschrift des Patienten