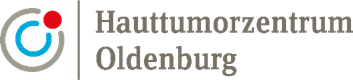
****

**Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung für die Vorstellung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz des Hauttumorzentrums des Klinikums Oldenburg AÖR**

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

Ihr behandelnder Arzt (Name/Praxis):

empfiehlt, für das weitere Vorgehen bei der Behandlung Ihrer Erkrankung eine Empfehlung von der interdisziplinären Tumorkonferenz des Hauttumorzentrums des Klinikums Oldenburg AöR einzuholen. Zu diesem Zweck müssen die bei Ihnen erhobenen Befunde (Anamnese, Röntgenbilder, Laborwerte oder auch Ergebnisse bisheriger Behandlungen) dem Hauttumorzentrum von Ihrem behandelnden Arzt übermittelt werden.

Tumorkonferenzen sind regelmäßig stattfindende Besprechungen, bei denen unsere erfahrensten Fachärzte als Spezialisten aus den verschiedener 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 Einwilligung erforderlich. Sie bezieht sich auf die Übermittlung der erforderlichen Krankheitsdaten von Ihrem behandelnden Arzt an die Teilnehmer der Tumorkonferenz des Hauttumorzentrums. Die Daten werden wie von allen anderen direkt behandelten Patienten des Klinikums Oldenburg AöR 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 des Klinikums Oldenburg AöR darauf zugreifen können, falls eine Behandlung im Klinikum Oldenburg AöR erforderlich wird. Der Umgang mit Ihren Daten unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht, die alle Mitglieder der Tumorkonferenz erfüllen.

Wer ist im Krankenhaus der Ansprechpartner für datenschutzrechtliche Fragen?

Bei datenschutzrechtlichen Fragen wenden Sie sich bitte zunächst an Ihren behandelnden Arzt im Klinikum.

Haben Sie weitere Fragen oder sind Sie der Ansicht, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie die Möglichkeit, sich an die Datenschutzbeauftragte des Klinikums zu wenden:

Klinikum Oldenburg AöR, Datenschutzbeauftragte, Rahel-Straus-Str. 10, 26133 Oldenburg

Telefon 0441 / 403-2710, E-Mail: [datenschutz@klinikum-oldenburg.de](mailto:datenschutz@klinikum-oldenburg.de)

Sie können jederzeit Ihr Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch gegen unzumutbare Datenverarbeitung (gemäß Artikeln 15-18, 20, 21 der EU Datenschutz-Grundverordnung) gegenüber dem Klinikum Oldenburg AöR wahrnehmen.

Kontakt: Email: Hauttumorzentrum@klinikum-oldenburg.de ; Tel. 0441 403 2853

Unabhängig davon, dass es Ihnen auch freisteht, gerichtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, haben Sie das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer Daten datenschutzrechtlich nicht zulässig ist:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen

Prinzenstraße 5

30159 Hannover

Telefon: 0511 / 120-4500

E-Mail: [poststelle@lfd.niedersachsen.de](mailto:poststelle@lfd.niedersachsen.de)

**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 das Klinikum Oldenburg AöR zum Zweck der Besprechung meiner Erkrankung in einer dort stattfindenden Tumorkonferenz ein.**

**Hierfür entbinde ich meinen behandelnden Arzt von der Schweigepflicht.**

**Mir ist bekannt, dass bei der Tumorkonferenz neben direkt an meiner Behandlung beteiligten Ärzten auch konsiliarisch hinzugezogene Ärzte sowie weitere Mitarbeiter des Klinikums Oldenburg AöR anwesend sind.**

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

**Ich bin informiert, dass das Klinikum Oldenburg AöR der gesetzlichen Meldepflicht an das Klinische Krebsregister , soweit durch diesen Vorgang erforderlich, nachkommt.**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort/ Datum Unterschrift des Patienten