

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung für die Vorstellung in einer Tumorkonferenz des Charité Comprehensive Cancer Center (CCCC)

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

Ihr behandelnder Arzt (Name/Einrichtung):

möchte, dass das weitere Vorgehen bei Untersuchung und Behandlung Ihrer Erkrankung in einer interdisziplinären Fallkonferenz besprochen werden. Zu diesem Zweck müssen die bei Ihnen erhobenen Befunde (Anamnese, Röntgenbilder, Laborwerte oder auch Ergebnisse bisheriger Behandlungen) in einer Tumorkonferenz des Charité Comprehensive Cancer Center vorgestellt werden.

Tumorkonferenzen sind regelmäßig stattfindende Besprechungen, bei denen Ärzte verschiedener Fachrichtungen 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 Ratschläge und Empfehlungen nach aktuellem Stand der medizinischen Wissenschaft. Falls eine Kombination mehrerer unterschiedlicher Behandlungsmethoden erforderlich ist, erleichtern die Besprechungen zudem die Abstimmung der Sie behandelnden Ärzte miteinander. Natürlich ist die Empfehlung der Konferenz für Sie und Ihren behandelnden Arzt in keiner Weise bindend.

Damit die teilnehmenden Ärzte eine fachlich fundierte Empfehlung geben können, müssen sie sich bereits vor der Besprechung über Ihre Erkrankung informieren. Dafür ist es notwendig, dass Ihre Patientendaten in Form eines von Ihrem behandelnden Arzt auszufüllenden Fragebogen mit Angaben zu Ihrer Krankheitsgeschichte und aktuellen Untersuchungsergebnissen, ergänzt um radiologische / nuklearmedizinische Befunde und Bilder, Operationsberichte oder Befundungen von Gewebeproben und Blutuntersuchungen, vorab in der Datenbank der jeweiligen CCCC - Tumorkonferenz elektronisch für die Teilnehmer verfügbar sind.

Nach der Besprechung müssen diese Daten, zusammen mit der Empfehlung der Tumorkonferenz, weiterhin gespeichert bleiben, um bei Unklarheiten, Rückfragen oder vielleicht im weiteren Verlauf erneut notwendigen Besprechungen später zweckgebunden abrufbar zu sein. Zudem stellt dies sicher, dass die Ärztinnen und Ärzte des Charité CCC darauf zugreifen können, falls eine Behandlung im CCC der Charité erforderlich wird. Der Umgang mit Ihren Daten unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht, die alle Mitglieder der CCCC - Tumorkonferenz erfüllen.

Die Wahrung der Vertraulichkeit bei der Verarbeitung Ihrer Daten unterliegt der Kontrolle durch den behördlichen Datenschutzbeauftragten der Charité. Zugriffsberechtigt auf Ihre Daten sind nur die an der Tumorkonferenz und eventuell später an einer Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzte der Charité sowie deren Assistenzpersonal (Erfüllungsgehilfen). Alle beteiligten Personen unterliegen selbstverständlich der gesetzlichen, ärztlichen Schweigepflicht und sind auf das Datengeheimnis nach dem Berliner Datenschutzgesetz verpflichtet. Ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung werden Ihre Daten keinesfalls an nicht an der Tumorkonferenz oder Ihrer Behandlung teilnehmende Personen oder an Dritte übermittelt.

Prof. Dr. U. Keilholz
Direktor des CCCC

Einwilligungserklärung der Patientin / des Patienten

Hiermit bestätige ich

Vorname / Name / Geburtsdatum / Anschrift des Patienten in Druckbuchstaben

die oben genannten verbindlichen Erläuterungen des CCCC gelesen und verstanden zu haben und willige meinem behandelnden Arzt gegenüber in die Weitergabe meiner Daten an das Charité Comprehensive Cancer Center zum Zweck der Besprechung meiner Erkrankung in einer dort stattfindenden Tumorkonferenz ein. Ich stimme ebenfalls zu, dass im Falle meiner Weiterbehandlung durch eine Einrichtung der Charité diese auf Anforderung meine Daten aus der Tumorkonferenz erhalten darf.

Ich bin informiert, dass das CCCC der gesetzlichen Meldepflicht an das Klinische Krebsregister der Bundesländer Brandenburg und Berlin, soweit durch diesen Vorgang erforderlich, nachkommt. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ich gebe mein Einverständnis, dass meine Daten per FAX an das CCCC übermittelt werden.

Ort/Datum Unterschrift des Patienten