


F	<b>Einwilligungserklärung Datenübermittlung zur Vorstellung in einer Tumorkonferenz des Charité Comprehensive Cancer Center (CCCC)</b>	Campus: CCM, CVK, CBF	 Comprehensive Cancer Center
		Geltungsbereich: Tumorkonferenzen CCCC	

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

Ihre behandelnde Ärztin, Ihr behandelnder Arzt (Name/Einrichtung):

empfeht, dass das weitere Vorgehen hinsichtlich Ihrer Untersuchung und Weiterbehandlung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz des Charité Comprehensive Cancer Center (CCCC) besprochen wird. Tumorkonferenzen sind regelmäßig stattfindende Besprechungen, bei denen Ärzt\*innen verschiedener Fachrichtungen zusammenkommen, um Untersuchungsergebnisse von Patient\*innen mit Krebserkrankungen zu diskutieren und individuelle Empfehlungen zu den besten Behandlungsmöglichkeiten zu geben. Durch eine Vorstellung in dieser Besprechung bekommen Sie und Ihre behandelnde Ärztin/Ihr behandelnder Arzt interdisziplinär abgestimmte Ratschläge und Empfehlungen nach aktuellem Stand der medizinischen Wissenschaft.

Damit die teilnehmenden Ärzt\*innen eine fachlich fundierte Empfehlung geben können, müssen die bei Ihnen erhobenen Befunde (Anamnese, Röntgenbilder, Laborwerte oder auch Ergebnisse bisheriger Behandlungen) vorab dem CCCC übermittelt und in der Datenbank der jeweiligen CCCC-Tumorkonferenz elektronisch gespeichert werden und für die Teilnehmer\*innen verfügbar sein.

Nach der Besprechung müssen diese Patient\*innendaten 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 Ärzt\*innen des CCCC darauf zugreifen können, falls eine Behandlung im CCCC erforderlich wird. Der Umgang mit Ihren Daten unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht, die alle Mitglieder der CCCC-Tumorkonferenz erfüllen.

Sie können jederzeit Ihr Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch gegen unzumutbare Datenverarbeitung (gemäß Artikeln 15 ff. DSGVO) gegenüber dem Charité Comprehensive Cancer Center wahrnehmen (Kontakt: E-Mail: [cccc@charite.de](mailto:cccc@charite.de); Tel.: +49 30 450 564 222)

**Recht auf Widerruf Ihrer Einwilligung (Art. 7 Abs. 3 Satz 1 DS-GVO)**

Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit mit der Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung bleibt davon unberührt. Nachteile für Ihre Behandlung müssen Sie dadurch nicht befürchten.

**Wer ist im Krankenhaus Ansprechpartner\*in für datenschutzrechtliche Fragen?**

Bei datenschutzrechtlichen Fragen wenden Sie sich bitte zunächst an Ihre behandelnde Ärztin/Ihren behandelnden Arzt in der Charité. Sollte diese\*r Ihnen nicht weiterhelfen können, haben Sie die Möglichkeit, auch mit der Stabsstelle Datenschutz der Charité Kontakt aufzunehmen unter Tel: +49 30 450 580 016 oder E-Mail: [datenschutzbeauftragte@charite.de](mailto:datenschutzbeauftragte@charite.de).

**Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde wegen Datenschutzverstößen**

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 Patient\*innendaten datenschutzrechtlich nicht zulässig ist:

Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Friedrichstraße 219, 10969 Berlin  
E-Mail: [mailbox@datenschutz-berlin.de](mailto:mailbox@datenschutz-berlin.de); Tel.: +49 30 13889-0

Prof. Dr. U. Keilholz  
Direktor des CCCC

**Einwilligungserklärung der Patientin / des Patienten**

**Hiermit bestätige ich,**

Vorname | Name | Geburtsdatum | Anschrift der Patientin / 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 Patient\*innendaten an das Charité Comprehensive Cancer Center zum Zweck der Besprechung meiner Erkrankung in einer dort stattfindenden Tumorkonferenz ein.**

- 1. Hierfür entbinde ich meine behandelnde Ärztin/meinen behandelnden Arzt von der Schweigepflicht.**
- 2. Ich stimme ebenfalls zu, dass im Falle meiner Weiterbehandlung durch eine Einrichtung der Charité diese auf Anforderung meine Patient\*innendaten aus der Tumorkonferenz erhalten darf.**
- 3. 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 Einwilligungserklärung habe ich erhalten.**

Ort/Datum Unterschrift der Patientin / des Patienten

Version: 9	Erstellt: 24.06.2022	Erstellt: Dr. S. Rakowsky (Koordinator Tumorkonferenzen CCCC)	Seite 1 von 1
		Geprüft: Prof. U. Keilholz, A. Koch (QMB CCCC)	
Freigabe am: 24.06.2022	Nächste Überprüfung: 24.06.2024	Freigegeben: Prof. U. Keilholz (Direktor CCCC)	