

**Darmkrebszentrum Altmühlfranken**

Klinikum Altmühlfranken  
Krankenhausstraße 1  
91781 Weißenburg  
Tel: 0 91 41 / 903 – 35 00  
Fax: 0 91 41 / 903 – 35 01  
E-Mail: chirurgie-wug@klinikum-altmuehlfranken.de

Anfordernder Arzt:

**Anmeldung zur Tumorkonferenz:**

Datum:

<u>Patient*in</u> (Name, Vorname, Geburtsdatum):	<u>Diagnose</u> (Monat/Jahr):  <input type="radio"/> Erstdiagnose (..../....) <input type="radio"/> Rezidiv (..../....) <input type="radio"/> Progress (..../....)
<u>Freitextdiagnose</u> (Lokalisation/Metastase):	<u>Relevante Nebendiagnosen:</u>
<u>Fragestellung:</u>	
<input type="radio"/> Erstvorstellung <input type="radio"/> Zweitmeinung	<input type="radio"/> Ich nehme an der Tumorkonferenz teil <input type="radio"/> Ich nehme nicht an der Tumorkonferenz teil
Bitte senden Sie möglichst <b>ausführliche Unterlagen zur bisherigen Diagnostik und Therapie</b> mit oder/und bringen Sie diese mit in die Konferenz. Bei unvollständigen Unterlagen ist leider keine Vorstellung möglich.	

Ich erkläre, dass ich vor der Übermittlung von Patient\*innendaten an das DZ Altmühlfranken im Rahmen der Anmeldung zur Tumorkonferenz den\*die Patient\*in anhand der Information zum Datenschutz des DZ Altmühlfranken über die Notwendigkeit der Datenübermittlung und deren Umfang im Rahmen der Vorstellung aufgeklärt habe.

-----  
Datum, Unterschrift anmeldende/r Ärzt\*in

Sehr geehrte/r Patient\*in,

Ihr behandelnder Arzt möchte, die bei Ihnen erhobenen Befunde in einer Tumorkonferenz des Klinikum Altmühlfranken Weißenburg vorstellen. Auch das weitere Vorgehen bei Untersuchung und Behandlung Ihrer Erkrankung soll im Rahmen dieser interdisziplinären Fallkonferenz besprochen werden.

Damit die teilnehmenden Ärzte eine Empfehlung geben können ist es notwendig, dass Sie Ihre Patientendaten (Krankheitsgeschichte, aktuelle Untersuchungsergebnisse sowie Röntgenbefunde und -bilder, Operationsberichte und Histologiebefunde) vorab für die Konferenzteilnehmer zur Verfügung stellen. Sollten Sie kein Patient im Klinikum Altmühlfranken Weißenburg sein, wird über Sie eine Patientenakte im Klinischen Informationssystem angelegt, in welcher die Daten verarbeitet werden. Die ärztlichen Teilnehmer der Tumorkonferenz können in diese Daten Einsicht nehmen.

Nach der Konferenz müssen diese Daten, zusammen mit der Empfehlung weiterhin gespeichert bleiben, um bei Unklarheiten, Rückfragen oder im Falle erneut notwendiger Besprechungen im weiteren Verlauf abrufbar zu sein. Zudem stellt dies sicher, dass die Ärztinnen und Ärzte des Klinikums darauf zugreifen können, falls eine Behandlung in unserer Klinik erforderlich und gewünscht wird. Zugriffsberechtigt sind nur die an der Tumorkonferenz und eventuell später an einer Behandlung beteiligten Arzt\*innen sowie deren Assistenzpersonal. Alle beteiligten Personen unterliegen selbstverständlich der gesetzlichen Schweigepflicht. Mit dem ausgehändigten Formular „Informationspflicht gegenüber Patienten Tumorkonferenz“ werden Sie gemäß Art. 12 ff DS-GVO informiert. Ohne Ihre Einwilligung werden Ihre Daten keinesfalls an nicht an der Tumorkonferenz oder Ihrer Behandlung beteiligte Personen oder an Dritte weitergegeben.

Zur Erstellung einer Tumorkonferenzempfehlung/Zweitmeinung benötigen wir Ihre unterschriebene Einverständniserklärung:

**Ich habe die oben genannten Erläuterungen gelesen und bin damit einverstanden, dass meine krankheitsbezogenen Daten und Befunde in der oben beschriebenen Tumorkonferenz besprochen und gespeichert werden. Ich bin weiterhin einverstanden, dass durch das Klinikum Altmühlfranken Daten und Befunde zu meiner Erkrankung bei Dritten eingeholt werden (z. B. Befundunterlagen von externen Praxen und Kliniken), sofern diese für die Tumorkonferenz notwendig sind. Diese Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich ohne Angabe von Gründen widerrufen. Der Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem er mitgeteilt wird. Der Widerruf hat keine Rückwirkung. Eine bereits erfolgte Datenweitergabe bzw. Besprechung in der Tumorkonferenz bleibt rechtmäßig. Auf Wunsch wird mir eine Kopie dieser unterschriebenen Einwilligungserklärung ausgehändigt.**

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift Patient