

**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:

Datum:

**Rückmeldeformular Ärzte:**

Ich bitte um:

- Vorstellung in der Sprechstunde
- Zweitmeinung
- Rückruf unter -----

Patient\*in (Name, Vorname, Geburtsdatum):

Diagnose/n:

Freitext:

**Bei Übermittlung von Patientendaten:**

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

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

**Bei Übermittlung von Patientendaten zwingend vom Patienten unterschrieben mitsenden:**

Sehr geehrte/r Patient\*in,

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 Dritte weitergegeben.

Zur Verarbeitung der Rückmeldung Ihres Arztes 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