

Einwilligungserklärung

Zur Vorstellung in Tumorkonferenzen unter Beteiligung des MET Registers

Ich _____
Vor- und Nachname des Patienten / der Patientin *Geburtsdatum*

wurde durch den behandelnden Arzt/Ärztin _____ darüber
Name des Arztes/ der Ärztin

aufgeklärt, dass meine Krankengeschichte inklusive aller vorliegenden Befunde sowie radiologischer Dateien im Rahmen interdisziplinärer Tumorkonferenzen des MET Registers vorgestellt und besprochen werden. Mir ist bekannt, dass an diesen Tumorkonferenzen neben den direkt an meiner Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten auch konsiliarisch hinzugezogene Mediziner sowie weitere Mitarbeiter beteiligt sind. Bei den Tumorkonferenzen wird auf der Grundlage meiner individuellen Diagnosen und Befunde eine interdisziplinäre Empfehlung für meinen Therapieplan erarbeitet und als Tumorkonferenzbeschluss festgehalten.

Dieser Beschluss wird von meiner behandelnden Ärztin/ behandelndem Arzt, der mich angemeldet hat, mitgeteilt werden. Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte gegenüber dem MET Register und den Beteiligten der Tumorkonferenz von der Schweigepflicht und willige ein, dass innerhalb des MET Registers weiteres Personal meine Daten im Rahmen der Patienteninformation beschriebenen Prozesse einsehen und verarbeiten dürfen.

Ich/wir habe/haben die Patienteninformation gelesen und verstanden. Meine/Unsere Fragen wurden zu meiner/unsere Zufriedenheit beantwortet. Meine/Unsere Einwilligung erfolgt freiwillig und ich/wie kann/können diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angeben von Gründen widerrufen.

Ich/wir haben keine weiteren Fragen mehr.

Patient

Ich erteile meine Einwilligung.

Ort, Datum

Name, Vorname

Unterschrift



Sorgeberechtigte: beide Elternteile

Wie versichern sorgeberechtigt zu sein und erteilen unsere Einwilligung.

Ort, Datum *Name, Vorname* *Unterschrift*

Ort, Datum *Name, Vorname* *Unterschrift*



Sorgeberechtigt: ein Elternteil

Ich versichere alleine sorgeberechtigt zu sein und erteile meine Einwilligung.

Ort, Datum *Name, Vorname* *Unterschrift*



Sorgeberechtigt: Vormund/Pfleger (bestellt durch ein Vormundschaftsgericht)

Ich versichere als _____
eingesetzt zu sein und erteile meine Einwilligung.

Ort, Datum *Name, Vorname* *Unterschrift*

Ich erkläre, dass ich vor der Übermittlung von Patientendaten an das MET Register im Rahmen der Anmeldung zur Tumorkonferenz die Patientin/den Patienten und die Sorgeberechtigten über die Notwendigkeit der Datenübermittlung und deren Umfang im Rahmen der Behandlung aufgeklärt habe.

Ich habe die Patientin/den Patienten und die Sorgeberechtigten über die Speicherung und Weiterverarbeitung ihrer/seiner Daten aufgeklärt. Diese unterschriebene Einwilligung und alle relevanten Befunde/Dokumente lasse ich dem Ansprechpartner der Tumorkonferenz zeitnah zukommen. Relevante bildgebende Befunde sende ich zur technischen Vorbereitung – wenn möglich bis 2 Tage vor Stattfinden der Tumorkonferenz – an den jeweiligen Ansprechpartner der Tumorkonferenz oder halte sie digital zur Präsentation bereit.

Gesprächsführender Arzt

<i>Ort, Datum</i>	<i>Name, Vorname</i>	<i>Unterschrift / Stempel gesprächsführender Arzt</i>
-------------------	----------------------	---

Das Original der Einwilligungserklärung verbleibt in der Patientenakte. Eine Kopie der Einwilligungserklärung wird dem Patienten ausgehändigt. Bitte senden Sie eine Kopie der Einwilligungserklärung an die Registerzentrale in Magdeburg.