

Öffentlich

Intern

Schützenswert

Vertraulich

Patientenangaben

Vorname/ Name

Geb. Datum:

Adresse:

Geschlecht:

weiblich

männlich

divers

Telefonnummer:

Hausarzt:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie bei Ihrer Erkrankung bestmöglich unterstützen und die Erforschung von Krebskrankheiten weiter voranbringen. Wir möchten Sie daher über die Vorgehensweise zur Tumordokumentation informieren. Hierfür benötigen wir zum Teil Ihre Einwilligung, die freiwillig ist und jederzeit von Ihnen widerrufen werden kann.

Durch die Erfassung dieser Daten können Behandlungsstrategien sowie der Einsatz von präventiven Maßnahmen & zur Früherkennung, wie z.B. Darmkrebsscreening verbessert werden. Mit der Meldung Ihrer Daten können Hinweise auf örtliche und zeitliche Entwicklungen in Deutschland bzw. Niedersachsen gegeben werden. Diese sind für die Planung und Versorgung durch Gesundheitseinrichtungen von Bedeutung. Dadurch kann besser auf die Bedürfnisse von Patienten und Patientinnen reagiert werden.

Durch Ihr Einverständnis zur zentralen Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten innerhalb des Cancer Centers Wolfsburg (Onkologisches Zentrum) sowie mit der damit verbundenen Auswertung der Daten aus dem Behandlungsgeschehen (Qualitätssicherung) wird gewährleistet, dass jeder an der Behandlung Beteiligte die Information für eine optimale Versorgung zur Verfügung gestellt bekommt. Jeder beteiligte Arzt hat damit die gleiche Informationsgrundlage, um Ihnen die bestmögliche Therapie empfehlen zu können. Die mit Ihrer Behandlung befassten Leistungserbringer werden insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht entsprechend §203 Strafgesetzbuch gegenseitig entbunden.

Mit Ihrer Zustimmung wird das Zentrum zu Ihnen oder zu Ihrem behandelnden Arzt in den folgenden Jahren in regelmäßigen Abständen Kontakt aufnehmen und sich erkundigen, wie es Ihnen in den Jahren nach der Erstbehandlung geht bzw. Laborwerte und Informationen erfragen, ob eine zusätzlichen Therapie notwendig gewordenen ist. Diese Information über die Nachsorge (Follow-up) dient wiederum der Verbesserung der Behandlungsstrategien.

Mit Ihrer Zustimmung, dass bei internen und externen Überprüfungen Fachexperten (Auditoren) in Ihre Krankenunterlagen Einsicht nehmen dürfen, unterstützen Sie die Verbesserung der Behandlungs- und Dokumentationsqualität. Die zur Kenntnis genommenen Daten werden von den Auditoren nicht gespeichert. Die Auditoren unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht (vertraglich geregelt).

Wenn Sie nicht mit der Dokumentation, Nachsorge & Besprechung Ihres Falles in der Tumorkonferenz einverstanden sind, können Ihre Daten nicht für die Verbesserung Ihrer Behandlungsstrategien verwendet werden. Eine Nicht-Erfassung Ihrer Nachsorgedaten kann dazu führen, dass die Wirkung der Therapie nicht optimal genutzt werden kann oder Sie eine doppelte Behandlung erhalten.

Ihr behandelnder Arzt steht Ihnen gerne für weitere Fragen zur Verfügung!

Erstellt/ Überarbeitet: D. Ihlenburg	Durchsicht: Datenschutz	Freigabe: D. Ihlenburg
Funktion Koordinatorin Cancer Center	Funktion Datenschutz	Funktion Koordinatorin Cancer Center
Datum: 2.12.2021	Revision: 2.12.2024	Datum: 30.09.2022
Einwilligungserklärung alle Entitäten-V10		Version: 008
		Seite 1 von 4

Information zur Dokumentation im klinischen und im epidemiologischen Krebsregister

Gemäß gesetzlicher Vorgaben (§65c SGB V/ §3 GEKN und §5 GKKN) sind Ärztinnen/ Ärzte zu einer personenbezogenen Meldung aller Krebserkrankungen und Hirntumore an das *Epidemiologische Krebsregister Niedersachsen (EKN)* sowie an das *Klinische Krebsregister Niedersachsen (KKN)* verpflichtet. Eine gesetzliche Widerspruchsmöglichkeit gegen die Durchführung der Meldungen besteht nicht.

Das EKN erfasst Ihre Identitätsdaten (Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum, Geschlecht) sowie epidemiologische Daten zu Ihrer Tumorerkrankung (z.B. Befunddatum, Diagnose einschl. Lokalisation, Histologie/ Zytologie, Stadium, Art der Untersuchung).

Gegen die Speicherung der Identitätsdaten im *Epidemiologischen Krebsregister* besteht jedoch die Möglichkeit des Widerspruchs. Der Widerspruch kann bei jeder Ärztin/ jedem Arzt oder direkt bei der Vertrauensstelle des Epidemiologischen Krebsregisters eingelegt werden. Vertrauensstelle des EKN Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, Andreaestr. 7, 30159 Hannover.

Das KKN erfasst zusätzlich zu den Identitäts- und epidemiologischen Daten Ihre durchgeführte Therapie, wie beispielsweise Operation, Strahlentherapie, systemische Therapie und deren Nebenwirkungen sowie das Ergebnis der Tumorkonferenz.

Gegen die Speicherung der Identitätsdaten im *Klinischen Krebsregister Niedersachsen* besteht ebenfalls die Möglichkeit des Widerspruchs. Der Widerspruch kann schriftlich direkt beim Klinischen Krebsregister Niedersachsen, Anstalt des öffentlichen Rechts, Vertrauensbereich, Sutelstraße 2 in 30659 Hannover eingelegt werden oder Sie können Ihren behandelnden Arzt/ Ihre behandelnde Ärztin bitten, Ihre Widerspruch elektronisch an das KKN zu melden.

Die Information über die Meldung an das Klinische Krebsregister Niedersachsen (KKN) sowie an das Epidemiologische Krebsregister (EKN) und die Möglichkeit des Widerspruchs gegen die Speicherung meiner personenbezogenen Daten im KKN bzw. EKN habe ich erhalten.

Datum

Unterschrift

Übermittlung von Daten über eine kooperierende Einrichtung nach §13 GKKN

Dafür sowie für den Datenaustausch zwischen dem Klinischen Krebsregister Niedersachsen (KKN) & der kooperierenden Einrichtung (Cancer Center Wolfsburg) wird eine Einwilligung benötigt.

Ich bin damit einverstanden, dass die Übermittlung meiner Daten und der Datenaustausch zwischen dem KKN und dem Klinikum Wolfsburg über das Cancer Center Wolfsburg als kooperierende Einrichtung erfolgt.

Ich bin einverstanden

Ich bin nicht einverstanden

Datum

Unterschrift

Erstellt/ Überarbeitet: D. Ihlenburg	Durchsicht: Datenschutz	Freigabe: D. Ihlenburg
Funktion Koordinatorin Cancer Center	Funktion Datenschutz	Funktion Koordinatorin Cancer Center
Datum: 2.12.2021	Revision: 2.12.2024	Datum: 30.09.2022
Einwilligungserklärung alle Entitäten-V10	Version: 008	Datum: 19.10.2022
		Seite 2 von 4

Einwilligung - allgemein

Für die nachfolgenden erbetenen Einwilligungen gilt das Folgende:

Die Erteilung der nachstehenden Einwilligungen erfolgt freiwillig. Die Einwilligung kann jederzeit von Ihnen widerrufen werden, ohne dass dadurch jedoch die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird. Bitte wenden Sie sich hierzu an Ihren behandelnden Arzt/ Ihre behandelnde Ärztin.

Verantwortliche Stelle: Klinikum Wolfsburg, Sauerbruchstr. 7, 38440 Wolfsburg; (Telefon: **05361 80-0**, Email: Info@Klinikum.Wolfsburg.de)

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des Klinikum Wolfsburg: Klinikum Wolfsburg, Datenschutzbeauftragter, Sauerbruchstr. 7, 38440 Wolfsburg; (Telefon: **05361 80-0**, Email: Datenschutz@Klinikum.Wolfsburg.de). Bitte beachten Sie auch die Hinweise zum Erhalt weiterer Informationen zum Datenschutz und der Verarbeitung Ihrer Daten an Ende des Dokumentes.

Einwilligung in die zentrale Tumordokumentation des Klinikums

Innerhalb des Klinikums dürfen Behandlungsdaten im zentralen Tumordokumentationssystem dokumentiert werden, um die Qualität der Tumorbehandlung zu fördern. Identitäts- & epidemiologischen Daten Ihrer durchgeführten Therapie, wie beispielsweise Operation, Strahlentherapie, systemische Therapie sowie deren Nebenwirkungen werden in dem System erfasst.

 Ich bin einverstanden. **Ich bin nicht einverstanden.**

Datum

Unterschrift

Einwilligung zur Nachsorge („Follow-up“)

Das Klinikum darf mich oder meinen behandelnden Arzt/ behandelnde Ärztin in den folgenden Jahren in regelmäßigen Abständen kontaktieren & beispielsweise Laborwerte oder Änderungen zu meiner Therapie erfragen.

 Ich bin einverstanden. **Ich bin nicht einverstanden.**

Datum

Unterschrift

Einwilligung Begutachtung durch Zertifizierungsgesellschaften

Ich erkläre mich gleichzeitig einverstanden, dass externe & interne Auditoren unter Wahrung der gesetzlichen Schweigepflicht Akteneinsicht zur Qualitätssicherung nehmen dürfen.

 Ich bin einverstanden. **Ich bin nicht einverstanden.**

Datum

Unterschrift

Erstellt/ Überarbeitet: D. Ihlenburg	Durchsicht: Datenschutz	Freigabe: D. Ihlenburg
Funktion Koordinatorin Cancer Center	Funktion Datenschutz	Funktion Koordinatorin Cancer Center
Datum: 2.12.2021	Revision: 2.12.2024	Datum: 30.09.2022
Einwilligungserklärung alle Entitäten-V10	Version: 008	Datum: 19.10.2022
		Seite 3 von 4

Einwilligung Tumorkonferenz

In einer Tumorkonferenz dürfen sich Behandlungs- und Kooperationspartner über meine Erkrankung beraten. Regelmäßig teilnehmen werden an diesen Konferenzen Vertreter der/ des:

1. Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Radiologie, Frauenklinik, Med. Klinik 2, Neurologie, Strahlentherapie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Urologische Klinik, Sauerbruchstraße 7, 38440 Wolfsburg
2. Institut für Pathologie, Sauerbruchstraße 7, 38440 Wolfsburg
3. Onkologische Fachpflege, Klinikums-Sozialdienst, Psychoonkologie und Physiotherapie, Sauerbruchstraße 7, 38440 Wolfsburg
4. Medizinisches Versorgungszentrum am Klinikum Wob GmbH, Sauerbruchstraße 7, 38440 Wolfsburg
5. Onkologisches Zentrum Wolfsburg-Helmstedt (Kaufhofpassage 5-7, 38440 Wolfsburg)
6. Praxis für Mund-, Kiefer-, & Gesichtschirurgie, Sauerbruchstr. 13, 38440 Wolfsburg
7. Hautarztpraxis Keshavarz, Bahnhofspassage 8, 38440 Wolfsburg
8. Harzer PET-Zentrum & Nuklearmedizin, Köslinger Straße 12, 38642 Goslar
9. Chirurgie am Klieversberg, Dr. med. M. Geertsen, Sauerbruchstr. 13, 38440 Wolfsburg
10. Städtisches Klinikum Braunschweig gGmbH, Plastische, Ästhetische & Handchirurgie, Holwedestraße 16, 38118 Braunschweig
11. MEDIAN Klinik Kalbe, Straße der Jugend, Onkologie, 39624 Kalbe
12. UniversitätsKrebszentrum Göttingen (G-CCC), Universitätsmedizin Göttingen, Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen
13. Comprehensive Cancer Center Hannover (Claudia von Schilling Zentrum), Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
- 14.
- 15.

Ich entbinde daher die Kollegen und Mitarbeitenden der oben genannten Einrichtungen gegenseitig von der Schweigepflicht, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist.

Ich bin einverstanden. Ich bin nicht einverstanden.

Datum

Unterschrift

Einwilligung in die Übermittlung der Meldungen zu Tumorkonferenzen an das KKN

Ich willige hiermit ein, dass bei einer Erörterung meines Erkrankungsfalles im Rahmen einer Tumorkonferenz eine entsprechende Meldung an das Klinische Krebsregister Niedersachsen (KKN) erfolgt.

Ich bin einverstanden. Ich bin nicht einverstanden.

Datum

Unterschrift

Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie zusätzlich

- Bei Ihrer Aufnahme durch die Patientenaufnahme
- An den Informationsständen vor der Patientenaufnahme
- An den Pflegestützpunkten auf den Stationen
- Auf der Homepage des Klinikum Wolfsburgs im Bereich *Datenschutz*

Erstellt/ Überarbeitet: D. Ihlenburg	Durchsicht: Datenschutz	Freigabe: D. Ihlenburg
Funktion Koordinatorin Cancer Center	Funktion Datenschutz	Funktion Koordinatorin Cancer Center
Datum: 2.12.2021	Revision: 2.12.2024	Datum: 30.09.2022
Einwilligungserklärung alle Entitäten-V10		Version: 008
		Seite 4 von 4