

## Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### 1. Einverständnis zum Datenaustausch mit dem Hausarzt und anderen behandelnden Ärzten und Krankenhäusern

Ich willige ein, dass das NCT/UCC meine Behandlungsdaten / Befunde an den Hausarzt / weiterbehandelnden Arzt sowie an die mit- oder nachbehandelnde Einrichtung zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken sowie zur tumorbezogenen Verlaufsuntersuchung Befunde, Bilder und Daten bis auf Widerruf austauschen (d. h. anfordern bzw. übermitteln) kann.

ja  nein

Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

### 2. Einverständnis zur Demonstration von Daten, Befunden, Bildgebung in der Tumorkonferenz

Ich willige ein, dass für die Erstellung eines individuellen Therapiekonzeptes meine Daten im Tumorboard zur interdisziplinären therapeutischen Entscheidungsfindung demonstriert werden dürfen.

ja  nein

### 3. Datenübermittlung an das Klinische Krebsregister Dresden im Rahmen der Meldepflicht des Sächsischen Krebsregistergesetzes

Ich bin darüber informiert worden, dass meine tumorbezogenen Daten unter Gewährung des Datenschutzes entsprechend des Sächsischen Krebsregistergesetzes verpflichtend an das Klinische Krebsregister Dresden weitergeleitet werden. Das beinhaltet auch die Information zu meinem Widerrufsrecht sowie meinen Auskunftsanspruch zu den dort gespeicherten Daten.

### 4. Das Informationsblatt zur Datenübermittlung an das Klinische Krebsregister habe ich zur Kenntnis genommen.

### 5. Information über unterstützende Angebote

Ich willige ein, dass mich das NCT/UCC kontaktieren kann, um mich über gesundheitsbezogene unterstützende Angebote zu informieren.

ja  nein

### 6. Information über Veranstaltungen

Ich willige ein, dass mich das NCT/UCC kontaktieren kann, um mich über Veranstaltungen zu informieren.

Hierfür darf auch folgende E-Mail-Adresse genutzt werden: \_\_\_\_\_

Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden

\_\_\_\_\_  
Dresden, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in oder gesetzlicher Vertreter/in