

Hiermit erkläre ich _____

geb. am: _____

wohnhaft _____

ggf.

gesetzl. Vertreter §§ 1626 ff BGB ¹ / gesetzl. bestellter Betreuer gem. §§ 1896 ff BGB ² /
Vorsorgebevollmächtigter gem. § 1896 II. S.2 BGB ³

Name: _____ geb. am: _____

wohnhaft _____

mich einverstanden mit der

- Offenbarung sowie Weitergabe der zum Zwecke der interdisziplinären qualitätssichernden Diskussion, Beratung, Planung und Durchführung prä- sowie postoperativer Diagnostik und Therapie jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere meinen Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe) an die teilnehmenden interdisziplinären Vertreter der jeweiligen fachärztlichen Disziplinen im Rahmen der Tumor-, Mortalitäts- und Morbiditykonferenzen. Des Weiteren bin ich einverstanden mit der Speicherung meiner Daten in der Tumordatenbank.
- Ich entbinde mein Behandlungsteam von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies lege artis für o. g. Diagnostik und Behandlung erforderlich ist.
- Diese Zustimmung gilt für den Zeitraum der gesamten Behandlung. Es besteht jedoch die Möglichkeit, diese jederzeit ohne Angaben von Gründen zu widerrufen.

Ort, Datum

Patient/Patientin bzw. legitim. Vertreter

¹ Elterliche Sorge (grundsätzlich müssen beide Eltern zustimmen und unterzeichnen)

² ausgewiesen durch vormundschaftliche Bestellungsurkunde im Original

³ ausgewiesen durch aktuelle (nicht älter als 1 Jahr) Vorsorgevollmacht im Original