

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie bei Ihrer Erkrankung bestmöglich unterstützen und auch die Erforschung von Krebskrankheiten weiter voranbringen. Dafür benötigen wir Ihre Einwilligung. Nachstehende Einwilligungen sind freiwillig und können jederzeit widerrufen werden.

Durch Ihr Einverständnis zur zentralen Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten innerhalb des Onkologischen Zentrums des Klinikums Fürth 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, 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).

Indem Sie Ihre Einwilligung geben, unterstützen Sie die Verbesserung von Behandlungsstrategien sowie den Einsatz von präventiven Maßnahmen und Früherkennung, wie z.B. Brustkrebsscreening oder Darmkrebsscreening.

Mit Ihrer Zustimmung werden wir zu Ihnen oder zu Ihrem behandelnden Arzt in den folgenden Jahren in regelmäßigen Abständen Kontakt aufnehmen und uns erkundigen, wie es Ihnen in den Jahren nach der Erstbehandlung geht bzw. Laborwerte und Informationen erfragen, ob eine zusätzliche Therapie notwendig geworden ist. Diese Information über die Nachsorge (Follow-Up) dient wiederum der Verbesserung der Behandlungsstrategien.

Wenn Sie nicht mit der Dokumentation, Nachsorge und Besprechung Ihres Falles in der Tumorkonferenz einverstanden sind, können Ihre Daten nicht für die Verbesserung der Behandlungsstrategien verwendet werden. Außerdem kann eine Nicht-Erfassung Ihrer Nachsorgedaten 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.

### Patientenangaben (oder Aufkleber)

Vorname/Name: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

### Einwilligung zur Nachsorge („Follow-up“):

Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum mich oder meinen behandelnden Arzt in den folgenden Jahren in regelmäßigen Abständen kontaktiert und beispielsweise Laborwerte erfragt oder ob es Änderungen zu ihrer Therapieempfehlung gegeben hat.

Ich bin einverstanden

Ich bin nicht einverstanden

### Einwilligung Tumorkonferenz und Begutachtung durch Zertifizierungsgesellschaften:

Ich bin einverstanden, dass sich in einer Tumorkonferenz Behandlungs- und Kooperationspartner über meine Erkrankung beraten. Regelmäßig teilnehmen werden an diesen Konferenzen Vertreter der/ des:

1. Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Frauenklinik, Med. Klinik 2, Strahlentherapie, Urologische Klinik, Radiologie
2. Institut für Pathologie
3. Onkologische Gemeinschaftspraxis, Dres. Wilke/Wagner/Petzoldt/Angerer
4. Im Prostatakarzinomzentrum: Urologische Praxis Kalb/Heiland/Franke/Engemann
5. Je nach Fragestellung nach Bedarf weitere Experten.

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

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

Ich bin einverstanden

Ich bin nicht einverstanden

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_