

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

„Daten“ im Sinne der nachfolgenden Erklärungen sind Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu gehören unter anderem Anamnesen, Diagnosen, Therapieansätze und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesem Zweck können uns auch andere Ärzte, Krankenhäuser oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen.

Einverständniserklärung zur Übermittlung von Daten gem. § 73 Abs. 1b SGB V

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet,

diese Informationen an meinen Hausarzt weiterzuleiten.

Mein Hausarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt der HOPA die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen

weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt der HOPA darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Einwilligungserklärung und Entbindung der Schweigepflicht für die Vorstellung in Tumorkonferenzen im Struensee-Haus sowie AK Altona, Jerusalem Krankenhaus, Krankenhaus Tabea Hamburg und Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Ich wurde von der HOPA darüber aufgeklärt und bin damit einverstanden, dass meine Daten zur Einholung einer Therapieempfehlung durch die oben genannten interdisziplinären Tumorkonferenzen unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen übermittelt werden. Hiermit entbinde ich meinen

behandelnden Arzt gegenüber den genannten Institutionen von der Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Übermittlung von anonymisierten Daten zu wissenschaftlichen Zwecken

Ich wurde von der HOPA über den Umgang mit meinen erhobenen Daten im Rahmen der Teilnahme an wissenschaftlichen Studien aufgeklärt. Alle Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich bin damit einverstanden, dass die bei mir erhobenen Daten in anonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken (z. B. Optimierung von Standardtherapien, Verbesserung von Ablaufpfaden) verwendet werden.

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten erfolgt nach den gesetzlichen Bestimmungen.

Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Daten in anonymisierter Form für wissenschaftliche Darstellungen und Veröffentlichungen verwendet werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

[Zutreffende Punkte zur Zustimmung bitte ankreuzen]

X

Hamburg, den

X

Unterschrift Patient/-in