

## Anmeldung-Aufklärung-Einwilligung

Bitte melden Sie Patienten bis spätestens 13:00 Uhr am Vortag des Tumorboards an.

**Fachübergreifendes Tumorboard:**  CUP  HNO  Sarkom  ZNS

FAX-Anmeldung: 0340 501-1210; Termin: jeden Dienstag, 14:30 Uhr im Konferenzraum Onkologische Ambulanz

**Gastrointestinales Tumorboard:**  Kolon  Rektum  Analkanal  Galle  Leber  Magen  Oesophagus  
 Pankreas  Dünndarm

FAX-Anmeldung: 0340 501-1210; Termin: jeden Montag, 14:30 Uhr im Konferenzraum Onkologische Ambulanz

**Gynäkologisches Tumorboard:**  Mamma  Gyn

FAX-Anmeldung: 0340 501-4350; Termin: jeden Freitag, 08:15 Uhr im Konferenzraum Onkologische Ambulanz

**Hauttumorboard:**  Melanom  Augen  Basaliom  Spinalom  andere Neoplasie der Haut

FAX-Anmeldung: 0340 501-4022 Termin: jeden Donnerstag, 14:30 Uhr im Konferenzraum Onkologische Ambulanz

**Hämatologisches Tumorboard:**  Hämatoblastose  Leukämie  Lymphom

FAX-Anmeldung: 0340 501-1210; Termin: jeden Dienstag, 08:15 Uhr im Konferenzraum Onkologische Ambulanz

**Thoraxtumorboard:**  Lunge  Thymus

FAX-Anmeldung: 0340 501-1210; Termin: jeden Montag, 08:15 Uhr im Konferenzraum Onkologische Ambulanz

**Uroonkologisches Tumorboard:**  Prostata  Niere  Harnblase  Hoden  Penis

FAX-Anmeldung: 0340 501-1822; Termin: jeden Mittwoch, 08:15 Uhr im Konferenzraum Onkologische Ambulanz

<b>Patient/in:</b> Name, Vorname:			
<b>Adresse:</b>		<b>Geb.-Datum:</b>	
<b>Versicherung:</b>		<b>Versicherungsnummer:</b>	
<b>Betreuer Arzt:</b>			
Webkonferenz erwünscht: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, E-Mailadresse für Teilnahmelink:			

<b>Tumor-Diagnose:</b>			
<b>TNM-Klassifikation:</b>	cT	cN	M
<b>primäre Histologie:</b>	Bitte letzten Befund an die Fax-Nr. des entsprechenden Tumorboards faxen!		
<b>letzter bioptischer Tumornachweis:</b>	Datum:		
<b>relevante Radiologie:</b>	Bitte Befund und Bildgebung an die Klinik für Radiologie / CA-Sekretariat senden!		
<b>Fragestellung:</b>			

**Bitte Fax-Nr. für Rückmeldung des Vorstellungstermins/Befundes angeben:**

### Datenschutzerklärung

*Ich habe davon Kenntnis, dass im Rahmen des Tumorboards Daten von Patienten, mit denen ich in keinem Behandlungsauftrag stehe, besprochen und erläutert werden. Über alle Daten der Patienten und Personen, die am Tumorboard diskutiert werden, werde ich Stillschweigen üben. Ich verstehe, dass die Fallbesprechungen dem Arztsgeheimnis unterliegen.*

.....  
**Stempel / Unterschrift anmeldender bzw. teilnehmender Arzt**

Städtisches Klinikum Dessau	Anlage 1 zur OA Tumorboard-Ablauf Anmeldung-Aufklärung-Einwilligung	Revision 8 Seite 2 von 2
-----------------------------	--	-----------------------------

## Aufklärung u. Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung für d. Vorstellung im Tumorboard (auch an externe Experten kooperierender Einrichtungen bzw. nicht direkt an der Behandlung beteiligten Personen, die zur Behandlung fachlich erforderlich hinzugezogen werden)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

das weitere Vorgehen bei der Behandlung Ihrer Erkrankung soll in einem interdisziplinären Tumorboard des Städtischen Klinikums Dessau (SKD) besprochen werden. Das Tumorboard ist eine regelmäßig stattfindende Besprechung, bei denen Experten verschiedener Fachrichtungen und ggf. anderer kooperierender Einrichtungen zusammenkommen, um Untersuchungsergebnisse von Patienten mit Krebskrankungen zu diskutieren und individuelle Empfehlungen zu den besten Behandlungsmöglichkeiten auszusprechen. Die Vorstellung in diesem Board dient dazu, dass Sie und Ihre/Ihr behandelnde/r Ärztin/Arzt interdisziplinär abgestimmte Empfehlungen nach aktuellem Stand der medizinischen Wissenschaft erhalten.

Um eine fachlich fundierte Empfehlung der teilnehmenden Ärzte sicherstellen zu können, müssen die bei Ihnen erhobenen Befunde (Anamnese, bisheriger Behandlungsverlauf, Röntgenbilder, Laborwerte) zur Verfügbarkeit der Teilnehmer, vorab dem SKD übermittelt und im eigenen Krankenhausinformationssystem elektronisch gespeichert werden.

Ihre Daten, inklusive des Tumorboardprotokolls, werden weiterhin gespeichert bleiben, um bei Unklarheiten, Rückfragen oder vielleicht im weiteren Verlauf erneut notwendigen Besprechungen abrufbar zu sein. Zudem stellt dies sicher, dass die Ärztinnen und Ärzte des SKD darauf zugreifen können, falls eine Behandlung im SKD erforderlich werden würde.

Der Umgang mit Ihren Daten unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht, der alle Teilnehmer des Tumorboards unterliegen.

Sie können jederzeit Ihr Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch gegen unzumutbare Datenverarbeitung (gemäß Artikeln 15-18, 20, 21 der EU Datenschutz-Grund-verordnung) gegenüber dem SKD wahrnehmen, (Kontakt: E-Mail: [datenschutz@klinikum-dessau.de](mailto:datenschutz@klinikum-dessau.de)).

### Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde wegen Datenschutzverstößen

Sie haben das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer Daten datenschutzrechtlich nicht zulässig ist. Zuständige Landesadresse:

Landesbeauftragte für den Datenschutz Sachsen-Anhalt, Geschäftsstelle und Besucheradresse: Otto-von-Guericke-Straße 34a, 39104 Magdeburg, Telefon: 0391 81803-0, Telefax: 0391 81803-33

### Ansprechpartner in unserem Krankenhaus für datenschutzrechtliche Fragen

Bei datenschutzrechtlichen Fragen wenden Sie sich bitte zunächst an Ihre/n behandelnde/n Ärztin/Arzt im SKD. Sollte diese/r Ihnen nicht weiterhelfen können, haben Sie auch die Möglichkeit mit unserem Datenschutzbeauftragten in Kontakt zu treten. Der Kontakt des Datenschutzbeauftragten des Krankenhauses lautet:

Carsten Sauer, E-Mail: [datenschutz@klinikum-dessau.de](mailto:datenschutz@klinikum-dessau.de), Telefon: 0340/501-1571.

### Einwilligungserklärung der Patientin / des Patienten

Hiermit bestätige ich,

---

Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse

die oben genannten verbindlichen Erläuterungen des SKD gelesen und verstanden zu haben und willige meiner/m behandelnden Ärztin/Arzt gegenüber in die Weitergabe meiner Daten an das Städtische Klinikum Dessau zum Zweck der Besprechung meiner Erkrankung in einem dort stattfindenden Tumorboard ein. Hierfür entbinde ich meine/n Behandlerin/Behandler von der Schweigepflicht. Ich stimme ebenfalls zu, dass im Falle meiner Weiterbehandlung durch eine Einrichtung des SKD diese auf Anforderung meine Daten aus dem Tumorbord erhalten darf.

Ich bin informiert, dass das SKD der gesetzlichen Meldepflicht an das Klinische Krebsregister Sachsen-Anhalt, soweit durch diesen Vorgang erforderlich, nachkommt. Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

---

Ort, Datum, Name, Unterschrift