

## Anmeldung

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

**Hämatologisches Tumorboard:**  Hämatoblastose  Leukämie  Lymphom  
FAX-Anmeldung: 0340 501-1210; Termin: jeden Dienstag, 08:15 Uhr im Konferenzraum Onkologische Ambulanz

**Gastrointestinales Tumorboard:**  Anus und Analkanal  Dünndarm  EAG  Gallenwege  Kolon  Leber  Magen  
 Oesophagus  Pankreas  Rektum  
FAX-Anmeldung: 0340 501-1210; Termin: jeden Montag, 14:30 Uhr im Konferenzraum Onkologische Ambulanz

**Uroonkologisches Tumorboard:**  Blase  Hoden  Niere  Prostata  
FAX-Anmeldung: 0340 501-4350; Termin: jeden Mittwoch, 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

**Gynäkologisches Tumorboard:**  Brust  Gyn  Ovarial  Uterus  Vagina  Vulva  
FAX-Anmeldung: 0340 501-4350; Termin: jeden Freitag, 08:15 Uhr im Konferenzraum Onkologische Ambulanz

**Hauttumorboard:**  Basaliom  Melanom  Spinalom  andere Neoplasie der Haut  
FAX-Anmeldung: 0340 501-4025 Termin: jeden Donnerstag, 14:30 Uhr im Konferenzraum Onkologische Ambulanz

**Fachübergreifendes Tumorboard:**  Augen  CUP  HNO  Sarkom  ZNS  
FAX-Anmeldung: 0340 501-1210; Termin: jeden Dienstag, 14:30 Uhr im Konferenzraum Onkologische Ambulanz

**Molekulares Tumorboard:**  Augen  CUP  HNO  Sarkom  ZNS  
FAX-Anmeldung: 0340 501-1210; Termin: jeden Donnerstag, 08:15 Uhr im Konferenzraum Onkologische Ambulanz

### Patient/in:

Name, Vorname:

.....

**Geb.-Datum:** .....

### Adresse:

.....

### Versicherung:

.....

**Versicherungsnummer:**

.....

### Betreuender Arzt:

Telefonkonferenz erwünscht:  nein  ja, Tel.-Nr. für Rücksprache/Anleitung: .....

|   |   |    |   |
|---|---|----|---|
| <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 Arztgeheimnis unterliegen.*

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

## Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung für die Vorstellung im Tumorboard

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

auf Empfehlung Ihrer/s behandelnden/s Ärztin/Arztes:

\_\_\_\_\_  
Name, Praxis, Einrichtung

soll das weitere Vorgehen bei der Behandlung Ihrer Erkrankung in einem interdisziplinären Tumorboard des Städtischen Klinikums Dessau (SKD) besprochen werden. Das Tumorboard ist eine regelmäßig stattfindende Besprechung, bei denen Experten verschiedener Fachrichtungen zusammenkommen, um Untersuchungsergebnisse von Patienten mit Krebserkrankungen 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, die alle Teilnehmer des Tumorboards erfüllen.

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-Grundverordnung) gegenüber dem SKD wahrnehmen, (Kontakt: E-Mail: [michaela.ewald@klinikum-dessau.de](mailto:michaela.ewald@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:

Landesbeauftragter für den Datenschutz Sachsen-Anhalt, Geschäftsstelle und Besucheradresse: Leiterstraße 9, 39104 Magdeburg, Postadresse: Postfach 1947, 39009 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:

Michaela Ewald, E-Mail: [michaela.ewald@klinikum-dessau.de](mailto:michaela.ewald@klinikum-dessau.de), Telefon: 0340/501-4325

## 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 Tumorboard 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