

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihre behandelnde Ärztin/Ihr behandelnder Arzt

---

*Titel, Vorname, Name/Einrichtung*

empfiehlt, dass das weitere Vorgehen zur Behandlung Ihrer Erkrankung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz des Krankenhauses Nordwest besprochen wird mit dem Ziel, die für Sie beste Behandlungsmöglichkeit zu erarbeiten.

Tumorkonferenzen sind regelmäßig stattfindende Besprechungen, zu denen medizinische und nicht-medizinische Spezialisten verschiedener Fachrichtungen zusammenkommen, um Untersuchungsergebnisse von Patientinnen und Patienten mit Krebserkrankungen nach aktuellem Stand der medizinischen Wissenschaft zu diskutieren.

In der Tumorkonferenz wird eine individuelle Therapieempfehlung für Sie ausgesprochen und in einem schriftlichen Beschluss festgehalten. Dieser wird in der Patientenakte hinterlegt sowie Ihrer behandelnden Ärztin bzw. Ihrem behandelnden Arzt zur Verfügung gestellt wird.

### **Datenübermittlung und -speicherung**

Damit die an der Tumorkonferenz teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte eine fachlich fundierte Empfehlung geben können, müssen die bei Ihnen erhobenen Befunde (bspw. Anamnese, Röntgenbilder, Laborwerte) dem Krankenhaus Nordwest übermittelt und in der Datenbank der jeweiligen Tumorkonferenz elektronisch gespeichert werden, um für die Teilnehmer verfügbar sein zu können. Nach der Besprechung bleiben diese Daten zusammen mit der Empfehlung der Tumorkonferenz weiterhin gespeichert, um bei Unklarheiten, Rückfragen oder für erneut notwendige Besprechungen zweckgebunden abrufbar zu sein.

### **Datenschutz**

Alle am Prozess beteiligten Personengruppen unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes und der Schweigepflicht (§203 StGB). Die Verarbeitung Ihrer Daten unterliegt den gesetzlichen Vorgaben der EU-Datenschutz-Grundverordnung. Verantwortlicher der Datenverarbeitung ist das Krankenhaus Nordwest. Sie können jederzeit Ihr Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch gegen unzumutbare Datenverarbeitung gegenüber dem Krankenhaus Nordwest wahrnehmen. Kontakt: E-Mail: [datenschutz@sthg.de](mailto:datenschutz@sthg.de); Tel.: 069 / 7601-3779.

### **Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde wegen Datenschutzverstößen**

Sie haben das Recht auf Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer Daten datenschutzrechtlich nicht zulässig ist. Die Kontaktdaten der Aufsichtsbehörde lauten: Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, -Vorzimmer-, Postfach 3163, 65021 Wiesbaden, Telefon: +49 611 1408 - 121, Telefax: +49 611 1408 - 921, E-Mail: [poststelle@datenschutz.hessen.de](mailto:poststelle@datenschutz.hessen.de)

**Einwilligungserklärung der Patientin/des Patienten bzw. der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters**

Angaben zur Patientin/zum Patienten:

---

*Vorname*

---

*Name*

---

*Geburtsdatum*

---

*Anschrift*

Hiermit bestätige ich, die oben genannten verbindlichen Erläuterungen des Krankenhauses Nordwest gelesen und verstanden zu haben und willige der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt gegenüber in die Weitergabe der Daten an das Krankenhaus Nordwest zum Zweck der Besprechung der Erkrankung in einer dort stattfindenden Tumorkonferenz ein. Hierfür entbinde ich die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht. Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

---

*Ort/Datum*

---

*Unterschrift der Patientin/des Patienten bzw.  
der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen  
Vertreters*

Ich erkläre, dass ich vor der Übermittlung von Patientendaten an das Krankenhaus Nordwest zwecks Anmeldung zur Tumorkonferenz die Patientin/den Patienten über die Notwendigkeit der Datenübermittlung und deren Umfang im Rahmen ihrer/seiner Behandlung aufgeklärt habe.

Ich habe die Patientin/den Patienten über die Speicherung und Weiterverarbeitung ihrer/seiner Daten aufgeklärt.

Diese unterschriebene Einwilligung und alle erforderlichen Befunde/Dokumente stelle ich dem Ansprechpartner der Tumorkonferenz zur Verfügung. Die Patientin/der Patient hat in vollem Umfang zugestimmt.

---

*Datum*

---

*Unterschrift des Arztes und Stempel*

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihre behandelnde Ärztin/Ihr behandelnder Arzt

---

*Titel, Vorname, Name/Einrichtung*

empfiehlt, dass das weitere Vorgehen zur Behandlung Ihrer Erkrankung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz des Krankenhauses Nordwest besprochen wird mit dem Ziel, die für Sie beste Behandlungsmöglichkeit zu erarbeiten.

Tumorkonferenzen sind regelmäßig stattfindende Besprechungen, zu denen medizinische und nicht-medizinische Spezialisten verschiedener Fachrichtungen zusammenkommen, um Untersuchungsergebnisse von Patientinnen und Patienten mit Krebserkrankungen nach aktuellem Stand der medizinischen Wissenschaft zu diskutieren.

In der Tumorkonferenz wird eine individuelle Therapieempfehlung für Sie ausgesprochen und in einem schriftlichen Beschluss festgehalten. Dieser wird in der Patientenakte hinterlegt sowie Ihrer behandelnden Ärztin bzw. Ihrem behandelnden Arzt zur Verfügung gestellt wird.

### **Datenübermittlung und -speicherung**

Damit die an der Tumorkonferenz teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte eine fachlich fundierte Empfehlung geben können, müssen die bei Ihnen erhobenen Befunde (bspw. Anamnese, Röntgenbilder, Laborwerte) dem Krankenhaus Nordwest übermittelt und in der Datenbank der jeweiligen Tumorkonferenz elektronisch gespeichert werden, um für die Teilnehmer verfügbar sein zu können. Nach der Besprechung bleiben diese Daten zusammen mit der Empfehlung der Tumorkonferenz weiterhin gespeichert, um bei Unklarheiten, Rückfragen oder für erneut notwendige Besprechungen zweckgebunden abrufbar zu sein.

### **Datenschutz**

Alle am Prozess beteiligten Personengruppen unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes und der Schweigepflicht (§203 StGB). Die Verarbeitung Ihrer Daten unterliegt den gesetzlichen Vorgaben der EU-Datenschutz-Grundverordnung. Verantwortlicher der Datenverarbeitung ist das Krankenhaus Nordwest. Sie können jederzeit Ihr Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch gegen unzumutbare Datenverarbeitung gegenüber dem Krankenhaus Nordwest wahrnehmen. Kontakt: E-Mail: [datenschutz@sthg.de](mailto:datenschutz@sthg.de); Tel.: 069 / 7601-3779.

### **Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde wegen Datenschutzverstößen**

Sie haben das Recht auf Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer Daten datenschutzrechtlich nicht zulässig ist. Die Kontaktdaten der Aufsichtsbehörde lauten: Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, -Vorzimmer-, Postfach 3163, 65021 Wiesbaden, Telefon: +49 611 1408 - 121, Telefax: +49 611 1408 - 921, E-Mail: [poststelle@datenschutz.hessen.de](mailto:poststelle@datenschutz.hessen.de)

**Einwilligungserklärung der Patientin/des Patienten bzw. der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters**

Angaben zur Patientin/zum Patienten:

---

*Vorname*

---

*Name*

---

*Geburtsdatum*

---

*Anschrift*

Hiermit bestätige ich, die oben genannten verbindlichen Erläuterungen des Krankenhauses Nordwest gelesen und verstanden zu haben und willige der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt gegenüber in die Weitergabe der Daten an das Krankenhaus Nordwest zum Zweck der Besprechung der Erkrankung in einer dort stattfindenden Tumorkonferenz ein. Hierfür entbinde ich die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht. Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

---

*Ort/Datum*

---

*Unterschrift der Patientin/des Patienten bzw.  
der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen  
Vertreters*

Ich erkläre, dass ich vor der Übermittlung von Patientendaten an das Krankenhaus Nordwest zwecks Anmeldung zur Tumorkonferenz die Patientin/den Patienten über die Notwendigkeit der Datenübermittlung und deren Umfang im Rahmen ihrer/seiner Behandlung aufgeklärt habe.

Ich habe die Patientin/den Patienten über die Speicherung und Weiterverarbeitung ihrer/seiner Daten aufgeklärt.

Diese unterschriebene Einwilligung und alle erforderlichen Befunde/Dokumente stelle ich dem Ansprechpartner der Tumorkonferenz zur Verfügung. Die Patientin/der Patient hat in vollem Umfang zugestimmt.

---

*Datum*

---

*Unterschrift des Arztes und Stempel*