

**Patientendatenblatt –
Schweigepflichtentbindung - Tumorverlauf**

Patientendatenblatt

Name:	
Vorname:	
Geb Dat:	
Anschrift:	
Telefon:	Mobil:
eMail:	
Hausarzt (Name, Adresse, Telefonnummer)	
Urologe (Name, Adresse, Telefonnummer)	
weitere Ärzte, an welche die Briefe gesendet werden sollen:	
Versicherung:	

Ich entbinde von der ärztlichen Schweigepflicht:

Patientendatenblatt – Schweigepflichtentbindung - Tumorverlauf

Teil 1

- meinen Hausarzt: _____
- meinen Urologen: _____
- meinen Onkologen: _____
- meinen Strahlentherapeuten: _____
- weiteren Arzt: _____

gegenüber den Ärzten des Prostatkarzinomzentrums Koblenz-Mittelrhein und deren assoziierten Mitgliedern

Teil 2

die Ärzte des Prostatkarzinomzentrums Koblenz-Mittelrhein und deren assoziierten Mitgliedern gegenüber (meinem):

- Hausarzt: _____
- Urologen : _____
- Onkologen: _____
- Strahlentherapeuten: _____
- Rentenversicherungsträger (nur falls AHB geplant)
- der Tumordatenbank (**wichtig für alle Patienten des Prostatkarzinomzentrum Koblenz – Mittelrhein**)
- dem Krebsregister Rheinland-Pfalz (gemäß Landeskrebsregistergesetz Rheinland-Pfalz

hinsichtlich meiner laufenden ambulanten oder stationären Behandlung .

Ich bin damit einverstanden, dass Aufzeichnungen, Erklärungen und sonstige medizinische Unterlagen zur Einsichtnahme und Auswertung gem. Teil 1 und Teil 2 überlassen / übersandt werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Einwilligungserklärung Tumorverlaufsdokumentationen

Patientendatenblatt – Schweigepflichtentbindung - Tumorverlauf

(richtet sich an Tumorpatienten)

Patienteninformation

Ziel der organorientierten Verlaufsdokumentation ist es, Informationen über Krankheitsverlauf und Therapiestrategie Ihrer Behandlung zu gewinnen, um so die ärztliche Betreuung, insbesondere auch die Nachsorge und Nachbehandlung zu verbessern. Die Auswertung vieler Krankheitsgeschichten ermöglicht es, die Wirksamkeit der Behandlung zu vergleichen und die Qualität der Betreuung festzustellen. **Die qualitätsgeleitete, organorientierte Tumorverlaufsdokumentation wurde vom Prostatatumorzentrum Koblenz-Mittelrhein entwickelt.** Das Prostatatumorzentrum Koblenz-Mittelrhein ist ein Verbund der sich mit Prostatatumor befassenden Ärzte und Einrichtungen mit dem Ziel, die Tumorforschung zu fördern und die Heilungschancen sowie Qualität der medizinischen Betreuung zu verbessern.

Dies gilt auch für alle anderen urologischen Tumorerkrankungen.

Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme **freiwillig** ist und ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mich zurückziehen kann.
(Mitteilung an das Prostatatumorzentrum Koblenz-Mittelrhein, Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz – Abteilung Urologie, Rübenacher Straße 170, 56072 Koblenz, Fax: 0261-921-8890

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Daten ohne Namensnennung (pseudonymisiert) erfasst, verarbeitet und genutzt werden können. Die Daten sind nur den an der Behandlung und Dokumentation beteiligten Ärzten zugänglich. Der weiterbehandelnde Arzt wird über die Dokumentation im Prostatatumorzentrum Koblenz-Mittelrhein Register informiert. Sofern meine medizinischen Daten aus diesem Register für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden, darf ein Rückschluss auf meine Person nicht möglich sein. Mir ist bekannt, dass ich in diesem Rahmen in unregelmäßigen Abständen angeschrieben werde.

Ich habe eine Kopie der Patienteninformation und Einwilligungserklärung erhalten. Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an der organorientierten Verlaufsdokumentation.

Für Rückfragen oder weiterführende Informationen können Sie sich gerne jederzeit an o. a. Adresse wenden.

1. Mit der Tumorverlaufsdokumentation bin ich einverstanden

JA Nein

2. Mit der Befragung zur Patientenzufriedenheit bin ich einverstanden

JA Nein

Koblenz, den _____ Unterschrift des Patienten _____