

Patientin/Patient (Aufkleber oder Druckschrift)

Name, Vorname

Geburtsdatum



Einwilligungserklärung zur Vorstellung in der Tumorkonferenz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Ihnen die bestmögliche Behandlung ermöglichen.

In Einzelfällen arbeiten zu diesem Zweck mit Krankenhausärzten des Heliosklinikums Meinigen und niedergelassenen Kollegen unterschiedlicher Fachrichtungen innerhalb einer Tumorkonferenz zusammen. Damit dem Fachkreis der Tumorkonferenz die notwendigen Informationen zu Ihrem speziellen Fall zur Verfügung gestellt werden können, ist Ihre Zustimmung erforderlich.

Ich willige ein, dass der mich behandelnde Arzt im Rahmen einer fachübergreifenden Tumorkonferenz ärztliche Mitarbeiter anderer Fachgebiete und niedergelassene Ärzte in eine umfassende Empfehlung hinsichtlich Diagnostik und Therapie meiner Tumorerkrankung einbinden darf.

Diese Einwilligung ist **freiwillig** und für Ihre Behandlung durch dieStrahlenTherapeuten nicht zwingend notwendig. Um eine für Sie optimale Behandlung zu erzielen und ggf. verschiedene Behandlungsansätze für Sie zu erörtern, möchten wir Ihren Fall jedoch vor der interdisziplinären Tumorkonferenz besprechen. Dies ist leider nicht immer anonymisiert möglich. Alle Ärzte unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit gegenüber der Gemeinschaftspraxis dieStrahlenTherapeuten GbR **nachteilsfrei** mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Weitere Informationen kann ich den in der Praxis ausliegenden **Datenschutz-Patienteninformationen** sowie unter www.diestrahlentherapeuten.de/patienteninformation entnehmen.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient