



## **Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung für die Vorstellung in der Tumorkonferenz des Rotkreuzklinikums München, Nymphenburgerstraße 163**

**Sehr geehrter Patientin, sehr geehrte Patient,**

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

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

soll das weitere Vorgehen bei der Behandlung Ihrer Erkrankung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz des Rotkreuzklinikums München (RKM) besprochen werden. Unsere Tumorkonferenz 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 dieser Konferenz 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 RKM übermittelt und im eigenen Krankenhausinformations-System elektronisch gespeichert werden.

Ihre Daten, inklusive des Tumorkonferenzprotokolls, 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 RKM darauf zugreifen können, falls eine Behandlung im RKM erforderlich werden würde.

Der Umgang mit Ihren Daten unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht, die alle Teilnehmer der Tumorkonferenz 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 RKM, Abteilung Med. III Hämatologie und Onkologie wahrnehmen (Kontakt: E-Mail: [Sebastian.Schulz@swmbrk.de](mailto:Sebastian.Schulz@swmbrk.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:

Bayerischer Landesbeauftragter für den Datenschutz: E-Mail: [poststelle@datenschutz-bayern.de](mailto:poststelle@datenschutz-bayern.de),  
Telefon: 089/21 26 72-0, Wagmüllerstr. 18, 80538 München

### **Ansprechpartner in unserem Krankenhaus für datenschutzrechtliche Fragen**

Bei datenschutzrechtlichen Fragen wenden Sie sich bitte zunächst an Ihre/n behandelnde/n Ärztin/Arzt im RKM. 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:

Robert Maierhofer, E-Mail: [robert.maierhofer@swmbrk.de](mailto:robert.maierhofer@swmbrk.de), Telefon: 089/1303-2901

Ihr Prof. Dr. med. Marcus Hentrich  
Chefarzt der Abteilung Med. III Hämatologie und Onkologie

### **Einwilligungserklärung der Patientin / des Patienten**

**Hiermit bestätige ich,**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse

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

**Ich bin informiert, dass das RKM der gesetzlichen Meldepflicht an das Klinische Krebsregister München, soweit durch diesen Vorgang erforderlich, nachkommt. Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.**

---

**Ort, Datum, Name, Unterschrift**