



Einwilligungserklärung zur Schweigepflichtsentbindung

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon-Nr: _____

Ich erkläre mich mit den folgenden Maßnahmen im Rahmen meiner medizinischen Behandlung einverstanden:

◆ **Anforderung von Unterlagen:** Ich willige ein, dass die Praxis bei meinen behandelnden Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern sowie sonstigen medizinischen Einrichtungen für meine Behandlung erforderliche Befunde, Arztbriefe und Unterlagen anfordern darf.

◆ **Übermittlung von Unterlagen:** Ich willige ein, dass die Praxis für meine Behandlung erforderliche Befunde und Arztbriefe an mitbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, Radiologien, Pathologien, Labore sowie sonstige an meiner Behandlung beteiligte medizinische Einrichtungen übermitteln darf. Die Übermittlung kann insbesondere an die an meiner Behandlung beteiligten Haus- und Facharztpraxen, Krankenhäuser, Radiologien, Pathologien, Labore sowie kooperierenden medizinischen Einrichtungen erfolgen.

◆ **Klinisches Landeskrebsregister** Nordrhein-Westfalen: Ich willige in die gesetzlich vorgesehene Meldung meiner Daten an das Klinische Landeskrebsregister Nordrhein-Westfalen ein.

◆ **Tumorkonferenz:** Ich willige ein, dass meine Befunde und Berichte, soweit für meine Behandlung erforderlich, im Rahmen von Tumorkonferenzen mit den an meiner Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten besprochen werden dürfen.

◆ **Widerruf:** Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung und die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____