

Ich bin damit einverstanden, dass ärztliche Berichte und Befunde, die meine Krankengeschichte betreffen, per EDV oder per Fax an mitbehandelnde Ärzte und/oder Krankenhauseinrichtungen übermittelt werden, und wir selber diese entsprechend anfordern können.

Ich bin damit einverstanden, dass weitere Behandlungsmöglichkeiten ggf. mit ärztl. Kollegen sowie Hausärzten diskutiert und beschlossen werden (z.B. Tumorkonferenz).

Ich bin mit der Aufzeichnung und anonymisierter wissenschaftlicher Auswertung von Krankheitsdaten bezüglich meiner Grunderkrankung und Therapie einverstanden.

Ich bin einverstanden, dass ggf. Blut, Urin oder Gewebeproben von mir in ein anderes Labor/Praxis/Klinik unter Nutzung persönlicher Daten zur Auswertung geschickt werden. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen können per Fax/ E-Mail/ Datenfernübertragung dieser Praxis zugesandt werden.

Im Urlaubs- und Krankheitsfall vertreten andere onkologisch tätige Ärzte. Ich bin damit einverstanden, dass sich diese Ärzte über meine Krankengeschichte informieren, die in der EDV dokumentiert ist.

Im Falle einer durchzuführenden Therapie müssen ggf. erforderliche Medikamente in spezialisierten Apotheken angefordert werden. Hierfür werden persönliche Daten benötigt, mit deren Übermittlung an die Apotheke ich einverstanden bin.

Ich wurde darüber informiert, dass beim Umgang mit meinen Daten die Grundsätze des Datenschutzes (Anonymität, Datensicherung) beachtet werden.

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	

Es steht mir jederzeit frei, diese Einverständniserklärung zu widerrufen.

Datum und Unterschrift des Patienten

Dr. med. Stefanie Noeding
Gynäkologie, medikamentöse
Tumorthherapie
Pelikanplatz 23
30177 Hannover