

Kooperationspartner

Patientenname: _____ Geb.-Datum: _____

Sehr geehrter Patient,

Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen. Aus diesem Grund haben wir unter Leitung des Knappschaftskrankenhauses Bottrop das Uroonkologische Zentrum Bottrop gegründet.

Der Gedanke dahinter ist unser Wunsch Ihnen eine bestmögliche Behandlung bieten zu können. Aus diesem Grund arbeiten im Uroonkologischen Zentrum mehrere Kooperationspartner interdisziplinär zusammen. Interdisziplinär bedeutet "unter Einbeziehung mehrerer wissenschaftlicher Teilgebiete (Disziplinen)".

Zu den medizinischen Kooperationspartnern gehören neben dem Knappschaftskrankenhaus Bottrop auch niedergelassene urologische Fachärzte, radiologische und strahlentherapeutische Praxen, Zentrum für Pathologie, etc..

Alle Kooperationspartner können Sie im Internet auf unserer Webseite des Prostatakarzinomzentrums bzw. des Nierenkarzinomzentrums (<https://www.kk-bottrop.de/> → Zentren → Uroonkologisches Zentrum) einsehen.

Um Sie in unserem Uroonkologischen Zentrum Bottrop unter Einbezug der medizinischen Kooperationspartner behandeln zu können, benötigen wir Ihre Einwilligung.

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung innerhalb des Uroonkologischen Zentrums

1. Übermittlung an das Uroonkologische Zentrum Bottrop

Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannte Einrichtung als Mitglied des Uroonkologischen Zentrums Bottrop die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an das Uroonkologische Zentrum Bottrop zum Zwecke der Dokumentation und ggf. erforderlichen Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation im Uroonkologischen Zentrum Bottrop. (Zutreffendes bitte unten ankreuzen)

2. Anforderung von Daten

Ferner bin ich damit einverstanden, dass die Kooperationspartner des Uroonkologischen Zentrums Bottrop die vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern können. Der Kooperationspartner wird die Daten nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind. (Zutreffendes bitte unten ankreuzen)

Konferenzen - Telekonsil/Videokonferenz

3. Teilnahme an Telekonsil

Ich bin damit einverstanden, dass das Uroonkologische Zentrum in Zusammenarbeit mit den medizinischen Kooperationspartnern zu meinem Wohle Konferenzen ggf. auch Telekonsile/Videokonferenzen abhält, um eine möglichst optimale und erfolgsorientierte Behandlung möglich zu machen. (Zutreffendes bitte unten ankreuzen)

Telekonsile/Videokonferenzen sind der synchrone Informationsaustausch mit Hilfe von EDV zur Bild- und Tonübertragung und dient dem fachlichen Austausch zur besseren Versorgung des Patienten. Dabei werden die jeweiligen relevanten Patientendaten an alle Teilnehmer des Telekonsils übermittelt.

Das Uroonkologische Zentrum Bottrop mit allen Kooperationspartnern haben geeignete Maßnahmen getroffen, um die Sicherheit der personenbezogenen Daten zu gewährleisten. Beim Uroonkologischen Zentrum Bottrop können die Informationen und Maßnahmen zum Datenschutz erhalten bzw. eingesehen werden. Alle mit der Erhebung und Verarbeitung meiner persönlichen Daten erfassten Personen unterliegen der Schweigepflicht.

Einverständniserklärung zur Beteiligung der Selbsthilfegruppe

4. Beteiligung der Selbsthilfegruppe

Das Uroonkologische Zentrum Bottrop kooperiert mit der Selbsthilfegruppe Prostataerkrankungen Bottrop e.V. (bei Prostatakarzinomen) bzw. der Selbsthilfegruppe das Lebenshaus e.V. (bei Nierenkarzinomen). Die Selbsthilfegruppe vervollständigt die professionellen Angebote der gesundheitlichen Versorgung, indem sie wertvolle Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und beim Überwinden von Problemen leistet.

Der Selbsthilfegruppe werden keine Patientendaten übermittelt. Sie nimmt aber ggf. an Sitzungen, Besprechungen und Konferenzen teil, in denen unter anderem über die Behandlung einzelner Patienten gesprochen wird.

Ich bin damit einverstanden, dass die Selbsthilfegruppe an Sitzungen, Besprechungen und Konferenzen teilnimmt, an denen unter Umständen auch mein Gesundheitsverlauf und damit auch über meine Daten gesprochen wird. (Zutreffendes bitte unten ankreuzen)

Sollten Sie dies nicht möchten, wird das Mitglied der Selbsthilfegruppe nicht an dem Teil der Sitzungen, Besprechungen und Konferenzen teilnehmen, an dem über Ihre Daten gesprochen wird.

Die erhobenen Daten werden vernichtet bzw. gelöscht sobald der Zweck, für den sie erhoben oder auf sonstige Weise verarbeitet wurden, entfällt, regelmäßig spätestens nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist, sofern keine wichtigen Gründe dagegen stehen.

Sie haben ein Recht auf Auskunft über Ihre personenbezogenen Daten, ferner haben Sie ein Recht auf Berichtigung, Löschung oder Einschränkung, ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung und ein Recht auf Datenübertragbarkeit. Zudem steht Ihnen ein Beschwerderecht bei der für Ihren Kooperationspartner zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde zu.

Diese Einwilligungen sind freiwillig und können von Ihnen auch teilweise jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ein möglicher Widerruf erfolgt bei dem jeweiligen Kooperationspartner.

1. Übermittlung an das Uroonkologische Zentrum Bottrop	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2. Anforderung von Daten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3. Teilnahme an Konferenzen/Telekonsilen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
4. Beteiligung der Selbsthilfegruppe		
• Selbsthilfegruppe Prostataerkrankungen Bottrop e.V.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Selbsthilfegruppe das Lebenshaus e.V. (Nierenkarzinom)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Sollten Sie weitere Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Ihren behandelnden Arzt oder die zuständigen Mitarbeiter der Fachabteilung.

_____ (Ort und Datum)

_____ (Unterschrift des Patienten)

_____ (Unterschrift des Mitarbeiters des Kooperationspartners)

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht/gesetzlicher Vertreter/Betreuer:

_____ (Name des Vertreters/Betreuers)

_____ (Unterschrift des Vertreters/Betreuers)