



Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Klinik und Poliklinik für Urologie

Tumordokumentation

Fetscherstraße 74 01307 Dresden
Tel.: 0351 458-3832 Fax: 0351 458-7293

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG (DSGVO)

Ich bin damit einverstanden, dass über meine Erkrankung und die weiteren Therapieoptionen im urologischen Tumorboard beraten wird und in diesem Zusammenhang die bisherige Krankheitsgeschichte, Befunde und Bilder von diagnostischen Verfahren herbeigezogen werden.

Ich bin damit einverstanden, dass zum Zwecke einer Therapieempfehlung Fachärzte und Spezialisten anderer Fachabteilungen im Tumorboard anwesend sind und ebenfalls Einblick in die o.a. Unterlagen erlangen.

Ich bin damit einverstanden, dass

der einweisende Arzt:

.....
.....

oder folgender Arzt / Krankenhaus:

.....
.....

den schriftlichen Tumorboardbeschluss erhält.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ohne Angaben von Gründen an o.a. Kontakt widerrufen kann.

.....

Ort, Datum

.....

(Unterschrift Patient o. bevollmächtigter
Vertreter des Patienten)