

 Onkologische Schwerpunktpraxis Speyer	PATIENTEN	Version 1	Seite 1/1
	Organisation und Empfang Einverständniserklärung Datendokumentation Onkologisches Zentrum Speyer	2A FB-02	
		Formblatt	

Name, Vorname

Geb.Datum:



Onkologisches Zentrum
Speyer

Einverständniserklärung Datendokumentation

Onkologisches Zentrum Speyer

- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der elektronischen Datenerfassung meine Krankheitsdaten einschließlich der Daten über Geschlecht, Alter, Gewicht und Körpergröße im Onkologischen Zentrum Speyer aufgezeichnet werden. Weiter bin ich damit einverstanden, dass diese Daten in anonymisierter Form zu Zwecken der Auswertungen genutzt werden können.

Zu jeder Zeit kann ich mein Einverständnis schriftlich zurückziehen. Wenn ich meine Zustimmung zurückziehe, kann ich entscheiden, ob die Daten weiterverwendet werden dürfen oder gelöscht werden.

- Ich bin nicht damit einverstanden, dass meine persönlichen Krankheitsdaten gespeichert und in anonymisierter Form an eine Stelle zur Auswertung weitergegeben werden.

Ziel der Datendokumentation ist es, die Behandlung von Patienten mit einer bösartigen Erkrankung weiter zu verbessern.

Speyer, _____

(Datum)

(Unterschrift des Patienten/ Vertreters)