

Arztstempel / Klinikstempel

Patient / Patientin

---

Name, Vorname

---

Geburtsdatum

Patientenaufkleber

### Einwilligungserklärung zur Vorstellung in Tumorkonferenzen des CIO Aachen an der Uniklinik RWTH Aachen bzw. kooperierenden Krankenhäusern

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt darüber aufgeklärt, dass meine Krankheitsgeschichte inklusive aller vorliegenden fallbezogenen Befunde im Rahmen von **interdisziplinären Tumorkonferenzen** des CIO Aachen, wie im Informationsbogen beschrieben, vorgestellt und besprochen wird. Bei der Tumorkonferenz wird eine gemeinschaftliche Empfehlung für meinen individuellen Diagnose- und Therapieplan erarbeitet und dieser als Beschluss festgehalten. Alle Teilnehmer der Tumorkonferenz werden namentlich erfasst.

Mir ist bekannt, dass an Tumorkonferenzen des CIO Aachen – neben direkt an meiner Behandlung beteiligten Ärzten – auch konsiliarisch hinzugezogene Ärzte sowie weitere Personen der Uniklinik RWTH Aachen anwesend sind. Bei standortübergreifenden Tumorkonferenzen der Onkologischen Spitzenzentrens nehmen auch Teilnehmer anderer Standorte teil, siehe dann jeweils die Nennung von Namen und Standort in den Tumorkonferenz-Protokollen.

Ferner habe ich den Informationsbogen gelesen und verstanden. Sämtliche Fragen wurden vom unterzeichnenden Arzt verständlich und zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Meine Einwilligung erfolgt freiwillig und ich kann diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angaben von Gründen widerrufen, ohne dass mir Nachteile entstehen.

- Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte gegenüber den Teilnehmern der Tumorkonferenzen von der Schweigepflicht. Ich willige ein, dass innerhalb des CIO Aachen und seiner Kooperationspartner medizinische und administrative Mitarbeiter meine Daten im Rahmen der im Aufklärungsbogen erläuterten Prozesse einsehen und verarbeiten dürfen.**
- Sofern eFallakte-Anschluss vorhanden, willige ich ein, dass die fallbezogenen Unterlagen zur sicheren Datenübertragung digital über die eFallakte geteilt werden. (Andernfalls per FAX)**
- Sofern die PACS-Sendung (Versendung Bildgebung) zwischen meiner Klinik, der Uniklinik RWTH Aachen und Kooperationspartnern möglich ist, willige ich ein, dass die Bildgebung digital auf diesem Wege gesendet werden darf. (Andernfalls postalischer Versand nötig)**

\_\_\_\_\_, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin / Patient / Betreuer

**Ich bestätige, dass die Patientin / der Patient einwilligungsfähig ist.**

\_\_\_\_\_, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt