

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich,

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

mein Einverständnis, dass zur Verbesserung der ärztlichen Nachsorgebetreuung und zur wissenschaftlichen Untersuchung von meldepflichtigen Tumorerkrankungen meine Personalien sowie ärztliche Informationen über meine Krankheit, die Diagnosen, die Behandlungen, die Befunde und den weiteren Krankheitsverlauf in den Klinischen Krebsregistern Sachsens gespeichert werden.

Die Erfassung, Speicherung und Verwendung dieser Informationen haben unter Wahrung der Bestimmungen des Datenschutzes zu erfolgen und dürfen ausschließlich meiner Betreuung durch einen Arzt meiner Wahl und der wissenschaftlichen Forschung dienen.

Sofern meine medizinischen Daten aus diesen Registern für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden, hat dies in solcher Form zu erfolgen, dass ein Rückschluss auf meine Person nicht möglich ist.

ja

nein

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort und Datum

Unterschrift