

## Einverständniserklärung zur Datenfreigabe und -verarbeitung für die Vorstellung in dem Online Tumorboard Schilddrüse des OSP Stuttgart e.V.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie möchten, dass die bei Ihnen erhobenen Befunde (z. B. radiologische/nuklearmedizinische Befunde und Bilder, Laborwerte oder auch Ergebnisse bisheriger Behandlungen) in einem Online Tumorboard (Tumorkonferenz) Schilddrüse des OSP Stuttgart e.V. vorgestellt werden. Auch das weitere Vorgehen bei Untersuchung und Behandlung Ihrer Erkrankung soll in diesem interdisziplinären Tumorboard besprochen werden.

Tumorboards sind regelmäßig stattfindende Konferenzen, bei denen ein fachübergreifendes Ärzteteam die Untersuchungsergebnisse von Patienten mit Krebserkrankungen diskutiert und individuelle Empfehlungen zu den besten Behandlungsmöglichkeiten nach aktuellem Stand der medizinischen Wissenschaft erteilt. Durch eine Vorstellung in diesem Online Tumorboard Schilddrüse bekommen Sie und Ihr behandelnder Arzt / Ärztin abgestimmte Ratschläge und Empfehlungen von Fachexperten auf dem Gebiet Schilddrüsenkarziom. Die Empfehlungen des Tumorboards ist für Sie in keiner Weise bindend. Soweit Sie weitere Informationen zu den Tumorboards benötigen, stehen wir für Rückfragen gerne zur Verfügung. Besuchen Sie uns auch auf unserer Homepage unter [www.schilddruesenkarzinom.de](http://www.schilddruesenkarzinom.de)

Damit die an dem Tumorboard teilnehmenden Ärzte eine überlegte Entscheidung treffen können, müssen sie sich bereits vor der Besprechung über Ihre Erkrankung informieren. Dafür ist es notwendig, dass Ihre Patientendaten (Krankheitsgeschichte, aktuelle Untersuchungsergebnisse sowie Röntgenbefunde und -bilder, Operationsberichte und Histologiebefunde) vorab in das nationale Online Tumorboard Schilddrüse eingelesen werden. In einem geschützten Bereich werden die Daten gespeichert und stehen somit für die Teilnehmer des Tumorboards zur Verfügung.

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der Speicherung Ihrer Daten zusammen mit der Empfehlung des Tumorboards zu. Dies ermöglicht Ärztinnen und Ärzte bei Unklarheiten, Rückfragen oder im Falle erneut notwendiger Besprechungen im weiteren Verlauf darauf zurückzugreifen. In streng anonymisierter Form dürfen die Daten für wissenschaftliche Forschung genutzt werden.

Die Wahrung der Vertraulichkeit bei der Verarbeitung Ihrer Daten wird vom Datenschutzbeauftragten des OSP Stuttgart e.V. ständig überwacht. Zugriffsberechtigt sind nur die am Tumorboard und eventuell später an einer Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzte

**Onkologischer Schwerpunkt Stuttgart e. V.**  
**Gemeinnütziger Verein, Amtsgericht Stuttgart VR 5490**  
Geschäftsadresse: Post-/Besucheradresse:  
Rosenbergstraße 38 Schloßstraße 76  
70176 Stuttgart 70176 Stuttgart

**Vorstand:**  
Prof. Dr. med. Aulitzky (Sprecher)  
Prof. Dr. med. Denzlinger  
Prof. Dr. med. Greiner  
Prof. Dr. med. Illerhaus

**Bankverbindung:**  
**Geschäftskonto:** LBBW  
IBAN: DE08 6005 0101 0002 0979 25 | BIC SOLADEST600  
**Spendenkonto:** LBBW  
IBAN: DE88 6005 0101 0002 7031 23 | BIC SOLADEST600

**Mitglieder:** Diakonie-Klinikum Stuttgart, Karl-Olga-Krankenhaus, Klinikum Stuttgart (Katharinenhospital, Krankenhaus Bad Cannstatt, Olgahospital), Krankenhaus vom Roten Kreuz, Marienhospital Stuttgart, Robert-Bosch-Krankenhaus mit Klinik Charlottenhaus und Klinik Schillerhöhe, Sana Klinik Bethesda Stuttgart, St. Anna-Klinik und Ärzteschaft Stuttgart

sowie deren Assistenzpersonal (u.a. Medizinische Dokumentation und klinisches Krebsregister). Alle beteiligten Personen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ohne Ihre Einwilligung werden Ihre Daten keinesfalls gespeichert, an Unbeteiligte der Tumorkonferenz oder Ihrer Behandlung beteiligte Personen und auch nicht an Dritte weitergegeben.

Zur Erstellung einer Tumorboardempfehlung/Zweitmeinung benötigen wir Ihre unterschriebene Einverständniserklärung:

**Ich habe die oben genannten Erläuterungen gelesen und bin damit einverstanden, dass meine krankheitsbezogenen Daten und Befunde in dem oben beschriebenen Online Tumorboard Schilddrüse besprochen und gespeichert werden.**

**Ich bin weiterhin einverstanden, dass durch den OSP Stuttgart e.V. Daten und Befunde zu meiner Erkrankung bei Dritten eingeholt werden (z. B. Befundunterlagen von externen Praxen und Kliniken), sofern diese für die Tumorkonferenz notwendig sind.**

**Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass meine Daten in anonymisierter Form zum Zwecke der wissenschaftlichen Forschung genutzt werden.**

**Ich erkläre mich einverstanden, dass das Ergebnis der Tumorkonferenz meinem behandelnden Arzt bzw. dem Arzt meines Vertrauens (wie unten angegeben) übermittelt wird.**

**Mir ist bekannt, dass ich das Recht habe, mein Einverständnis jederzeit zurückzuziehen.**

Verantwortlicher für Datenverarbeitung im unmittelbaren Zusammenhang mit der Durchführung des Online Tumorboards Schilddrüse:

OSP Stuttgart e.V.  
Rosenbergstr. 38  
70176 Stuttgart  
Tel.: 0711/64558-80,  
E-Mail: [info@osp-stuttgart.de](mailto:info@osp-stuttgart.de)  
Website: <https://www.osp-stuttgart.de>

Der Datenschutzbeauftragte ist:

Herr Jörg Leuchtner (Rechtsanwalt),  
Freiburger Datenschutzgesellschaft mbH,  
Luisenstr. 5  
79098 Freiburg

Sie können jederzeit Ihr Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch gegen unzumutbare Datenverarbeitung (gemäß Artikeln 15-18, 20, 21 der EU Datenschutz-Grundverordnung) gegenüber dem OSP Stuttgart e.V. wahrnehmen. (Kontakt: E-Mail: [info@osp-stuttgart.de](mailto:info@osp-stuttgart.de); Tel.:0711 / 6455880).

Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde wegen Datenschutzverstößen: Landesbeauftragter für den Datenschutz in Baden-Württemberg

Unabhängig davon, dass es Ihnen auch freisteht, gerichtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, haben Sie das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer Daten datenschutzrechtlich nicht zulässig ist.

---

Name, Vorname Patientin/ Patient (in Druckbuchstaben) und Geburtsdatum

---

Ort, Datum und Unterschrift Patientin / Patient

---

Name des behandelnden Arztes oder Arzt des Vertrauens, Arztadresse