

Ich,

Name, Geb.-Datum:	
wohnhaft in	

entbinde hiermit die Fachärzte der

**Berufsausübungsgemeinschaft Pathologisches Institut
Franz-Weis-Str.13
56073 Koblenz**

von der ärztlichen Schweigepflicht bezüglich der nachstehend aufgeführten Punkte:
Ich bin damit einverstanden, dass

1. Erforderliche Befunde/ Pathologisch-Anatomische Berichte vom Pathologischen Institut an andere behandlungsrelevante medizinische Einrichtungen weitergegeben werden dürfen.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
2. Meine medizinischen Daten, sofern eine rasche Übermittlung erforderlich ist, auch per Fax übermittelt werden dürfen.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
3. Meine medizinischen Daten im Rahmen von Tumorboardbesprechungen im ärztlichen Expertenkreis und mit dem in die Behandlung eingebundenen medizinischem Fachpersonal (z. Bsp. Pflegepersonal, PsychoonkologInnen) des OZM besprochen werden dürfen. Ziel dieses Expertengremiums des OZM ist die gemeinsame Diskussion, Therapieplanung und Auswertung der Behandlungsergebnisse um eine bestmögliche Versorgung seiner Patienten zu erzielen.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<p>4. Krebsregister Seit dem 1. Januar 2000 besteht die gesetzliche Verpflichtung für Ärzte, Krebsneuerkrankungen an das Krebsregister zu melden und die Betroffenen darüber zu informieren. Das am 01. April 2013 in Kraft getretene Krebsregistergesetz vertieft nochmals diese Vorgabe. Patienten können dieser Meldung widersprechen. In diesem Fall unterbleibt die Meldung durch den Arzt oder der Arzt veranlasst - bei bereits erfolgter Meldung - über die Vertrauensstelle des Krebsregisters, dass die gemeldeten Daten gelöscht werden. Hiermit bestätige ich, über die gesetzliche Verpflichtung für die Meldung an das Krebsregister informiert worden zu sein.</p>	

<input type="checkbox"/> Ich stimme der Meldung an das Krebsregister zu.
<input type="checkbox"/> Ich widerspreche der Meldung an das Krebsregister
<input type="checkbox"/> Ich habe eine Kopie dieser Einwilligungserklärung erhalten.
<input type="checkbox"/> Ich möchte keine Kopie dieser Einwilligungserklärung.

Ort, Datum	Unterschrift des Ausstellers (Patient)