

Patienteninformation, Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung für die Fallbesprechung in der Tumorkonferenz der ASV Urologie Bonn

Name, Vorname des Versicherten: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

ASV-berechtigter Arzt: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

über die Behandlung im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) und die daran beteiligten Ärzte wurden Sie bereits im Vorfeld informiert.

Bestandteil der Behandlungen in der ASV sind Fallbesprechungen (Tumorkonferenzen), in denen die an der ASV beteiligten Ärzte des Kernteams aus den Fachbereichen Urologie, Onkologie und Strahlentherapie sowie ggf. weitere an der ASV beteiligte, sogenannte hinzuzuziehende Ärzte (z.B. der Fachbereiche Radiologie und Nuklearmedizin) anhand der Befunde und des bisherigen Krankheitsverlaufs gemeinschaftlich und fachübergreifend die patientenindividuell anzuwendenden therapeutischen Maßnahmen und den Behandlungsablauf diskutieren und abstimmen.

An den Fallbesprechungen nehmen verschiedene Mitglieder des ASV-Teams teil. Es handelt sich dabei auch um Ärzte, die Sie im Rahmen der ASV nicht selbst behandeln werden. Dies dient dem Zweck, einheitliche Therapiestandards in der ASV zu gewährleisten und zusätzlichen Sachverstand aus den verschiedenen ärztlichen Fachdisziplinen einzubeziehen, um eine bestmöglich ärztlich abgestimmte Behandlung gewährleisten zu können.

Damit auch die Sie nicht selbst behandelnden Ärzte des ASV-Teams an den Fallbesprechungen über Ihre Behandlung teilnehmen dürfen, ist Ihre Einwilligung notwendig. Ihre Einwilligung ist selbstverständlich freiwillig. Möchten Sie Ihre Einwilligung nicht erteilen, hat dies keine Auswirkungen auf Ihre weitere Behandlung.

Sie haben das Recht, Ihre Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber einem behandelnden Mitglied des ASV-Teams zu widerrufen. Erteilen Sie Ihre Einwilligung nicht oder widerrufen diese später, werden die nicht an Ihrer Behandlung beteiligten Ärzte des ASV-Teams nicht (weiter) an den Ihre Behandlung betreffenden Fallbesprechungen teilnehmen.

Ich bin damit einverstanden, dass an den Fallbesprechungen (Tumorkonferenzen) auch die an meiner Behandlung nicht selbst beteiligten Ärzte des ASV-Teams teilnehmen und entbinde insoweit die mich behandelnden Ärzte des ASV-Teams von ihrer Schweigepflicht gegenüber den weiteren, mich nicht selbst behandelnden Ärzten des ASV-Teams. Die mich behandelnden Ärzte dürfen die zum Zweck meiner Behandlung dokumentierten Daten und medizinischen Befunde allen beteiligten Ärzten des ASV-Teams für die gemeinsame Erörterung und Abstimmung meiner Behandlung in den Fallbesprechungen (Tumorkonferenzen) in dem erforderlichen Umfang offenlegen, erläutern und darstellen.

Mir ist bekannt, dass meine Einwilligung freiwillig ist und ich sie jederzeit widerrufen kann.

Datum

Unterschrift des Patienten (ges. Vertreter)