

## Einverständniserklärung für die Vorstellung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz der MHH

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

Ihre behandelnde Ärztin /

Ihr behandelnder Arzt (Name/Praxis):

möchte, für das weitere Vorgehen bei der Behandlung Ihrer Erkrankung eine Empfehlung von einer interdisziplinären Tumorkonferenz der MHH einholen. Tumorkonferenzen sind regelmäßig stattfindende Besprechungen, bei denen unsere Fachärzt\_innen als Spezialist\_in aus den verschiedenen Fachrichtungen zusammenkommen.

Damit den Teilnehmer\_innen der Tumorkonferenz für ihre Entscheidungen die notwendigen Informationen über Ihre Krankheit und die Befunde zur Verfügung gestellt werden können, ist Ihre Zustimmung erforderlich. Sie bezieht sich auf die Übermittlung der erforderlichen Krankheitsdaten von Ihrer behandelnden Ärztin/ Ihrem behandelnden Arzt an die MHH. Die Daten werden wie von allen anderen direkt behandelten Patientinnen und Patienten der MHH elektronisch gespeichert und aus haftungsrechtlichen Gründen gemäß § 199 Abs. 2 Bürgerliches Gesetzbuch bis zu 30 Jahre lang aufbewahrt.

**Datenschutz:** Basierend auf der EU Datenschutz Grundverordnung (DS-GVO) haben Sie das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden gespeicherten personenbezogenen Daten (Art. 15 DS-GVO) sowie auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO). Sie haben das Recht auf Berichtigung oder zweckbestimmte Ergänzung ihrer personenbezogenen Daten (Art. 16 DS-GVO) sowie auf die Löschung ihrer Daten, wenn bestimmte Löschründe vorliegen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn diese zu dem Zweck, zu dem sie ursprünglich erhoben oder verarbeitet wurden, nicht mehr erforderlich sind (Art. 17 DS-GVO). Sie können auch eine Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten verlangen, was bedeutet, dass Ihre Daten zwar nicht gelöscht, aber gekennzeichnet werden, um ihre weitere Verarbeitung oder Nutzung einzuschränken (Art. 18 DS-GVO). Sie haben grundsätzlich ein allgemeines Widerspruchsrecht auch gegen rechtmäßige Datenverarbeitungen, die im öffentlichen Interesse liegen, in Ausübung öffentlicher Gewalt oder aufgrund des berechtigten Interesses einer Stelle erfolgen (Art. 21 DS-GVO). Wenn die Verarbeitung ihrer Daten auf einer Einwilligung beruht, die Sie der MHH gegenüber erklärt haben, dann steht Ihnen das Recht zu, Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Diese Erklärung können Sie, schriftlich, per Fax oder per E-Mail an das Präsidium der Medizinischen Hochschule Hannover (E-Mail: geschaeftsstelle.praesidium@mh-hannover.de) richten. Eine Angabe von Gründen bedarf es dafür nicht. Ihr Widerruf gilt erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser der MHH zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig. Haben Sie Fragen oder sind Sie der Ansicht, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie die Möglichkeit, sich an die Datenschutzbeauftragte der MHH zu wenden: Datenschutzbeauftragte der MHH, OE 0007, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover. Darüber hinaus haben Sie das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für die MHH zuständigen Aufsichtsbehörde lautet: Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen; Prinzenstraße 5; 30159 Hannover.

**Hiermit bestätige ich**

Vorname / Name / Geburtsdatum / Anschrift der Patientin / des Patienten in Druckbuchstaben

**die oben genannten verbindlichen Erläuterungen gelesen und verstanden zu haben und willige meiner behandelnden Ärztin / meinem behandelnden Arzt gegenüber in die Weitergabe meiner Daten an die MHH zum Zweck der Besprechung meiner Erkrankung in einer dort stattfindenden Tumorkonferenz ein. Mir ist bekannt, dass bei der Tumorkonferenz neben direkt an meiner Behandlung beteiligten Ärzt\_innen auch konsiliarisch hinzugezogene Ärzt\_innen sowie weitere Mitarbeiter\_innen der MHH anwesend sind.**

**Ich stimme ebenfalls zu, dass meine Daten wie von allen anderen direkt behandelten Patientinnen und Patienten der MHH gespeichert werden dürfen und im Falle meiner Weiterbehandlung durch eine Klinik/ ein Institut oder Bereich der MHH, zur Verfügung gestellt werden dürfen.**

**Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.**

Ort/ Datum Unterschrift der Patientin / des Patienten