

MALIGNEN ENDKRINE TUMOREN GPOH-MET 97

Studienleitung: PD Dr. P. Vorwerk, Universitätskinderklinik, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg,
Leipziger Straße 44, D-39120 Magdeburg, Tel.: (0391) 6724244, Fax: (0391) 67290044
In Zusammenarbeit mit dem Deutschen Kinderkrebsregister am IMBEI, 55101 Mainz
Tel.: (06131) 173227, Fax: (06131) 174462

Einverständniserklärung

zur Weitergabe und Verarbeitung personenbezogener Daten

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass personenbezogene Daten wie Name, Geburtsdatum/-ort, Wohnort, Diagnose mit Befunderhebung und Verlauf, Beruf, usw. von mir bzw. von meiner Tochter/ meinem Sohn

Name, Vorname

Geb.datum

|_|_|.|_|_|.|_|_|

gespeichert und verarbeitet werden (Auswertung, Übermittlung, Veränderung, Löschung).

Das Verarbeiten der patientenbezogenen Daten dient der medizinischen Dokumentation in der Zusammenarbeit mehrerer Kliniken im Rahmen der GPOH-MET 97-Studie. Damit soll auch im Interesse des Patienten eine rasche und optimale Kooperation der Kliniken untereinander gewährleistet werden, z.B. beim Erarbeiten der Diagnose und Überwachung der Therapie. Eine solche Dokumentation und Zusammenarbeit sind als wichtiges Hilfsmittel einer zeitgemäßen Behandlung anzusehen.

Die Daten werden an folgende Zentren übermittelt:

1. Deutsches Kinderkrebsregister am Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik der Universität Mainz
(Projektleiter: Dr. P. Kaatsch, 55101 Mainz)
2. Jeweiliges Landeskrebsregister der Bundesländer
3. Studienleitung/ Studienkommission der Therapiestudie GPOH-MET 97
(Studienleiter: PD Dr. P. Vorwerk, Universitätskinderklinik Magdeburg, Leipziger Str. 44, 39120 Magdeburg)

Falls nötig, bin ich auch damit einverstanden, dass im Interesse der Behandlung bzw. zur Optimierung des Verlaufes die Daten für fachbezogene Experten zur Verfügung gestellt werden. Allen Personen, die Einblick in diese personenbezogenen Daten haben, ist bekannt, dass sie zur Wahrung des Datengeheimnisses verpflichtet sind.

Mein Einverständnis zur Datenweitergabe/-verarbeitung ist freiwillig. Falls ich meine Mitwirkung versage, entstehen mir keine Nachteile. Ich kann mein Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Ort_____
Datum_____
Patient bzw. Sorgeberechtigter_____
Arzt