



**Frauenklinik**  
DR. GEISENHOFER

## Einwilligungserklärung Brustzentrum am Englischen Garten (gemäß DSGVO)

|            |  |             |  |
|------------|--|-------------|--|
| Name:      |  | Vorname:    |  |
| Geb.-dat.: |  | Telefon:    |  |
| PLZ/Ort:   |  | Straße/No.: |  |

Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass

- im Rahmen der Patientenbetreuung im *Brustzentrum am Englischen Garten* (nachfolgend BzaEG genannt) meine patientenbezogenen Daten, insbesondere Befunde zur Diagnoseerhebung, den jeweiligen Teilnehmern der Tumorkonferenz vorgestellt werden,
- basierend auf diesen Daten eine Therapieempfehlung ausgesprochen und dokumentiert wird,
- die mit meiner Therapie betrauten Ärzte und Therapeuten vollumfänglich durch Arztbriefe und Befundberichte informiert werden,
- innerhalb des BzaEG, die für meine Behandlung notwendigen Daten erhoben, verarbeitet und für statistische Zwecke genutzt sowie in einer speziellen für die Zertifizierung zugelassenen Software verwaltet werde.
- befund- und behandlungsbezogene Daten im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung an das Tumorregister München weitergeleitet werden,
- bei Bedarf, zur Erhebung von Nachsorgedaten, telefonisch mit mir oder meinem überweisenden Arzt Kontakt aufgenommen wird, wie es für die Zertifizierung des BzaEG notwendig ist.

(bitte ankreuzen)

Ich erkläre mich mit dem oben beschriebenen Vorgehen in vollem Umfang einverstanden.

Ich wünsche die Übermittlung der Konferenzprotokolle und Arztbriefe an folgenden behandelnden Arzt:

.....  
Praxis

.....  
Straße, PLZ Ort

.....  
Tel.

Ich verzichte auf eine Kopie dieser Erklärung:       ja       nein

München, den .....

.....  
Unterschrift PatientIn

Praxisstempel (Zuweiser)

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden. Der Widerruf bedarf der schriftlichen Form an das

BzaEG - Frauenklinik Dr. Geisenhofer  
GmbH  
Hirschauer Str. 6  
80538 München