

Molekulares Tumorboard (MTB) – Anmeldeformular

Bitte faxen Sie das ausgefüllte Dokument an die **0341 – 97 28218**.

Mit der Anmeldung akzeptieren Sie unsere Datenschutzhinweise, die unter [hier](#) abrufbar sind.

Bei Fragen: +49 (0) 341 9721243

Molekulares-Tumorboard@medizin.uni-leipzig.de

Weitere Infos: [Zentrum für Personalisierte Medizin - ZPM Leipzig](#)



Angaben Patient/ Patientin	Name, Vorname, Titel	
	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
	Geburtsdatum	
	Krankenkasse	
	Versicherungsstatus	
	Versichertennummer	
Angaben anmeldende/r Ärztin/ Arzt	Name, Vorname, Titel	
	Telefonnummer	
	E-Mail	
	Fax	
	Praxis/ Station/ Abteilung	<input type="checkbox"/> Klinikärztin/ -arzt <input type="checkbox"/> Niedergelassene/r Ärztin/ Arzt
	Teilnahme MTB zur Vorstellung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Kommentar:
Medizinische Daten	Diagnose-Datum	Datum: <input type="checkbox"/> Erstdiagnose <input type="checkbox"/> Rezidiv
	ICD-10 (Anmeldediagnose)	
	ECOG-Status	Datum: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	Befunde zur molekularen Diagnostik	<input type="checkbox"/> ÜW (im Original) für TSO500 und Material an MVZ Pathologie des UKL wurde versendet. <input type="checkbox"/> ÜW für TSO500 wird nachgereicht.

		Kommentar:
	Positive Familienanamnese	<input type="checkbox"/> Ja Verwandtschaftsgrad / Diagnose <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt
	Angaben zum Verlauf, zur bisherigen Therapie und zum jeweiligen Therapieansprechen (Chirurgie/ Strahlentherapie/ Chemotherapie etc.)	
Anmeldung MTB	Anmeldegrund	<input type="checkbox"/> Fehlen einer (weiteren) leitliniengerechten Behandlungsoption <input type="checkbox"/> Seltene Tumorerkrankung, für die keine dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Therapieoption besteht <input type="checkbox"/> Vorstellung zur Einleitung erweiterter molekulargenetischer Diagnostik <input type="checkbox"/> Vorstellung zur Therapieevaluation
	Vorstellung in Organtumorboard ist erfolgt	<input type="checkbox"/> Ja *Ohne Vorstellung kann die MTB-Besprechung nicht erfolgen
Dokumente (Anlagen)	Einwilligung und Aufklärung zur Vorstellung i.R. interdisziplinäre Konferenzen	<input type="checkbox"/> Ja, mitgesendet *Ohne vorliegendes Einverständnis kann die MTB-Besprechung nicht erfolgen
	Broad Consent (Forschungseinwilligung)	<input type="checkbox"/> Ja, mitgesendet <input type="checkbox"/> nein
	Aktueller Arztbrief	<input type="checkbox"/>
	Vorherige molekulopathologische Befunde	<input type="checkbox"/>
	Radiologische Befunde	<input type="checkbox"/>
	Protokoll Organtumorboard mit Empfehlung zum molekularen Tumorboard	<input type="checkbox"/> *Das Vorliegen einer Empfehlung im Organtumorboard-Protokoll zur Vorstellung im MTB ist erforderlich.
Datum:		
Unterschrift / Stempel (anmeldende/ anmeldender Ärztin/ Arzt)		

Patientenetikett

Aufklärung und Einwilligung zur Datenübermittlung i.R. von interdisziplinären Konferenzen (mit externen Expert*innen bzw. nicht direkt an der Behandlung beteiligten Personen)

Sehr geehrte Patient:innen¹,

das weitere Vorgehen hinsichtlich Ihrer Erkrankung soll ggf. in Abhängigkeit der Notwendigkeit in einer interdisziplinären (fachbereichsübergreifenden) Fallkonferenz am Universitätsklinikum Leipzig (UKL) besprochen werden.

Interdisziplinäre Fallkonferenzen sind regelmäßig stattfindende Besprechungen, bei denen ärztliche Beschäftigte verschiedener Fachrichtungen zusammenkommen, um die Behandlung einzelner Patient:innen anhand von Patient:innenunterlagen (etwa Röntgenbilder, Laborwerte, bisherige Behandlungsergebnisse) zu diskutieren und individuelle Empfehlungen zu den besten Behandlungsmöglichkeiten zu geben.

Durch eine Vorstellung in dieser Besprechung bekommen Sie und die Sie behandelnden ärztlichen Beschäftigten interdisziplinär abgestimmte Ratschläge und Empfehlungen nach aktuellem Stand der medizinischen Wissenschaft. Dabei ist die Besetzung unterschiedlich und an Ihrem Erkrankungsbild ausgerichtet. Selbstverständlich ist die Empfehlung der Konferenz für Sie und die Sie behandelnden ärztlichen Beschäftigten in keiner Weise bindend. Die Therapieentscheidung treffen nur die Sie behandelnden ärztlichen Beschäftigten.

Die Teilnehmer:innen müssen sich daher vorab über Ihre Erkrankung informieren, damit sie eine fachlich fundierte Empfehlung aussprechen können. Dafür ist es erforderlich, dass Ihre zur Beurteilung notwendigen und fallspezifischen Patient:innendaten (insbesondere Anamnese Diagnose, Therapieverlauf, Befunde, Arztbriefe, Bildgebung, Laborwerte) von Ihnen Sie behandelnden ärztlichen Beschäftigten übermittelt werden und sodann zwischen den Teilnehmer:innen der interdisziplinären Konferenz ausgetauscht werden. Damit werden Ihre Daten für die Teilnehmer:innen verfügbar.

Ihre Daten sind unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Vorgaben zu übermitteln und werden dann durch das UKL datenschutzgerecht verarbeitet und insbesondere unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungspflichten in Ihrer Patient:innenakte gespeichert.

Nach der Besprechung werden diese Daten, zusammen mit der Empfehlung dieser interdisziplinären Fallkonferenz, weiterhin im UKL (in Ihrer Patient:innenakte) gespeichert, um bei Unklarheiten, Rückfragen oder vielleicht im weiteren Verlauf erneut notwendigen Besprechungen später zweckgebunden abrufbar zu sein. Der Umgang mit Ihren Daten unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht, die alle Mitglieder der interdisziplinären Fallkonferenz erfüllen.

Zugriffsberechtigt auf Ihre Daten sind nur die an den interdisziplinären Fallkonferenzen und eventuell später an einer Behandlung beteiligten ärztlichen sowie ggf. pflegerischen und therapeutischen Beschäftigten des Universitätsklinikums Leipzig sowie das administrativ unterstützende Personal (Erfüllungsgehilfen bspw.

¹ Im Rahmen der Erstellung dieses Dokuments wird auf eine genderneutrale Ansprache der Personen geachtet. Wo dies nicht gelungen ist, soll trotzdem klargestellt sein, dass hiermit Personen aller Geschlechter, auch solche, die sich nicht zuordnen können oder wollen, adressiert sind und die Regelungen dieser Dokumente auch Ihnen gegenüber Bindung erlangen.“

Verwaltung). Alle beteiligten Personen unterliegen selbstverständlich der gesetzlichen, ärztlichen Schweigepflicht und sind auf das Datengeheimnis nach den geltenden rechtlichen Vorgaben verpflichtet. Ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung werden Ihre Daten keinesfalls an nicht an der interdisziplinären Fallkonferenz oder Ihrer Behandlung teilnehmende Personen oder an Dritte übermittelt.

Das UKL ergreift alle erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen, damit Ihre Rechte, insbesondere nach Kapitel III Datenschutz- Grundverordnung (DS-GVO), innerhalb der gesetzlichen Fristen jederzeit gewährleistet werden können bzw. sind.

☐ Ich wünsche eine Kopie dieser Erklärung.

Einwilligungserklärung der Patient*innen

☐ Hiermit bestätige ich

(Vorname / Name / Geburtsdatum / Anschrift bitte in Druckbuchstaben)

die o.g. verbindlichen Erläuterungen gelesen und verstanden zu haben. Ich willige ausdrücklich in die Weitergabe meiner Daten an die Teilnehmer:innen der interdisziplinären Fallkonferenz zum Zweck der Vorstellung meiner Erkrankung in einer interdisziplinären Fallkonferenz des UKL ein.

Ich stimme ebenfalls zu, dass im Falle einer Weiterbehandlung durch eine andere Einrichtung im Universitätsklinikums Leipzig diese Daten an die mich behandelnden ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Beschäftigten des Universitätsklinikums Leipzig weitergegeben werden dürfen. Selbiges gilt für das unterstützende Personal in den administrativen Bereichen (Verwaltung) soweit dies von Nöten ist.

Diese Einwilligung gilt nur soweit, wie die Verarbeitung dem oben genannten Zweck dienlich ist. Soweit die Verarbeitung meiner Daten auf gesetzlicher Grundlage erfolgen darf, wird dies durch diese Erklärung nicht eingeschränkt.

Ich habe die oben genannten Erläuterungen gelesen und willige in die Weitergabe meiner Daten und die Besprechung meiner Erkrankung in einer interdisziplinären Konferenz ein.

Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen. Diese wurden vollständig und umfassend beantwortet.

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung gegenüber der behandelnden Einrichtung jederzeit schriftlich ohne Angaben von Gründen widerrufen kann. Bitte wenden Sie sich in diesem Fall an die Sie behandelnden ärztlichen Beschäftigten.

Der Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem er ausgesprochen wird. Ab diesem Zeitpunkt wird keine Datenweitergabe an das UKL bzw. keine Besprechung meiner Erkrankung in einer interdisziplinären Konferenz mit Beteiligung externer Expert:innen bzw. nicht direkt an der Behandlung beteiligter Personen des UKL mehr erfolgen. Der Widerruf hat keine Rückwirkung. Eine bereits erfolgte Datenweitergabe bzw. Besprechung in der interdisziplinären Konferenz bleibt rechtmäßig.

Im Falle einer Ablehnung dieser Einwilligung, kann das weitere Vorgehen hinsichtlich Ihrer Erkrankung in einer fachbereichsübergreifenden Fallkonferenz am UKL nicht besprochen werden.

☐ Ich gebe mein Einverständnis, dass meine Daten an das Universitätsklinikum Leipzig (UKL) übermittelt werden dürfen.

☐ Ich gebe mein Einverständnis, dass mein:e behandelnde:r Ärzt:in nach der Fallkonferenz erhobene Daten, zum Zweck der Nachverfolgung und Dokumentation der Umsetzung der Empfehlung der interdisziplinären Fallkonferenz, an das UKL übermitteln darf.

Ort / Datum / Unterschrift der Patient:innen bzw. derer Vertreter:innen (privatrechtlich oder gesetzlich)

Info für das Personal:

Bitte leiten Sie den ausgefüllten
Einwilligungsbogen an das
Datenintegrationszentrum im UKL per
Hauspost weiter (mit der Beschriftung an DIZ).

Großes Patientenetikett

Einwilligung in die Nutzung von Patientendaten für medizinische Forschungszwecke

Liebe Patienten, möchten Sie uns Ihre Zustimmung erteilen
oder haben Sie Fragen dazu?

So erreichen Sie unser Team:

Universitätsklinikum Leipzig / Datenintegrationszentrum

Johannisallee 34, D - 04103 Leipzig

Tel.: +49 341 97 11510

E-Mail: Einwilligung@medizin.uni-leipzig.de

**Das unterschriebene Formular geben Sie bitte an das Personal des
Klinikums zurück.**

Einwilligungserklärung - Patientin/Patient

1. Erhebung, Verarbeitung und wissenschaftliche Nutzung meiner Patientendaten, wie in der Patienteninformation beschrieben; dies umfasst
 - 1.1 die Verarbeitung und Nutzung meiner Patientendaten für die medizinische Forschung ausschließlich wie in der Patienteninformation beschrieben und mit getrennter Verwaltung des Namens und anderer direkt identifizierender Daten (Codierung). Unter der Adresse www.medizininformatik-initiative.de/datennutzung kann ich mich für einen E-Mail-Verteiler registrieren, der per E-Mail über alle neuen Studien, die mit den Patientendaten durchgeführt werden, vor deren Durchführung informiert (siehe Punkte 1.1, 0 und 1.3 der Patienteninformation).
 - 1.2 die wissenschaftliche Analyse und Nutzung meiner **codierten** Patientendaten durch Dritte wie z.B. durch andere Universitäten/Institute/forschende Unternehmen; dies kann auch eine Weitergabe für Forschungsprojekte im Ausland umfassen, wenn in diesen europäisches Datenschutzrecht gilt oder die Europäische Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt hat. An einem etwaigen kommerziellen Nutzen aus der Forschung werde ich nicht beteiligt. Vor einer Weitergabe an Forscher außerhalb meiner behandelnden Einrichtung erfolgt zudem eine weitere Ersetzung des internen Kennzeichens durch eine neue Zeichenkombination.
 - 1.3 die Möglichkeit einer Zusammenführung meiner Patientendaten mit Daten in Datenbanken anderer Forschungspartner. **Voraussetzung ist, dass ich dieser Nutzung bei den entsprechenden Forschungspartnern auch zugestimmt habe.**

Ich willige ein in die Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und wissenschaftliche Nutzung meiner **Patientendaten** wie in Punkt 1.1 bis 1.3 der Einwilligungserklärung und Punkt 1 der Patienteninformation beschrieben.

☐ Ja

☐ Nein

Ich willige ein in die Verarbeitung und wissenschaftliche Nutzung meiner **Patientendaten, die im Rahmen früherer Behandlungen** erhoben wurden, wie in Punkt 1.1 bis 1.3 der Einwilligungserklärung und Punkt 1 der Patienteninformation beschrieben.

☐ Ja

☐ Nein

Meine Einwilligung umfasst auch die Übermittlung meiner **Patientendaten** in Länder, bei denen von der Europäischen Kommission kein angemessenes Datenschutzniveau festgestellt wurde. **Über die möglichen Risiken einer solchen Übermittlung bin ich aufgeklärt worden** (Punkt 1.3 in der Patienteninformation).

☐ Ja

☐ Nein

2. Möglichkeit einer erneuten Kontaktaufnahme

2.1

Ich willige ein, dass ich vom Universitätsklinikum Leipzig erneut kontaktiert werden darf, um gegebenenfalls zusätzliche für wissenschaftliche Fragen relevante Informationen zur Verfügung zu stellen, um über neue Forschungsvorhaben/Studien informiert zu werden, und/oder um meine Einwilligung in die Verknüpfung meiner Patientendaten mit medizinischen Informationen aus anderen Datenbanken einzuholen (siehe Punkt 2.1 der Patienteninformation).

☐ Ja

☐ Nein

2.2

Ich willige ein, dass ich vom Universitätsklinikum Leipzig wieder kontaktiert werden darf, um über medizinische Zusatzbefunde informiert zu werden (siehe Punkt 2.2 der Patienteninformation).

☐ Ja

☐ Nein

3. Geltungsdauer meiner Einwilligung

Meine Einwilligung in die Erhebung von Patientendaten bei Aufenthalt im Universitätsklinikum Leipzig gilt für einen **Zeitraum von fünf Jahren** ab meiner Einwilligungserklärung. Sollte ich nach Ablauf von fünf Jahren wieder im Uniklinikum Leipzig vorstellig werden, kann ich erneut meine Einwilligung erteilen. Die Nutzung der von mir erhobenen Daten bleibt über diesen Zeitraum hinaus zulässig (Punkt 3 der Patienteninformation).

4. Widerrufsrecht

Meine Einwilligung ist **freiwillig!**

Ich kann meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen beim Universitätsklinikum Leipzig vollständig oder in Teilen widerrufen, ohne dass mir irgendwelche Nachteile entstehen.

Beim Widerruf werden die auf Grundlage dieser Einwilligung gespeicherten Daten gelöscht oder anonymisiert, sofern dies gesetzlich zulässig ist. Daten aus bereits durchgeführten Analysen können nicht mehr entfernt werden (Punkt 4 der Patienteninformation).

Ich wurde über die Nutzung meiner Patientendaten sowie die damit verbundenen Risiken informiert und erteile im vorgenannten Rahmen meine Einwilligung. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit und alle meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet.

Ich wurde darüber informiert, dass ich ein Exemplar der Patienteninformation und auf Wunsch eine Kopie der unterschriebenen Einwilligungserklärung erhalten werde.

Ort, Datum

Vor- und Nachname Patient/in
(Druckbuchstaben)

Unterschrift Patient/in