

# Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der externen organorientierten Tumorverlaufsdokumentation



Prostatakarzinom-Zentrum  
Oberhausen Niederrhein

Datum: \_\_\_\_\_

Patientendaten	
Name:	_____
Vorname:	_____
Geb.-Datum:	_____
Fallnummer:	_____

**Johanniter Krankenhaus  
Oberhausen**  
Steinbrinkstraße 96a  
46145 Oberhausen  
  
T: 0208 697-4000  
www.klinikum-niederrhein.de

**Klinik für Urologie  
Chefarzt  
Prof. Dr. med. Jan Fichtner**

E-Mail Jan.Fichtner@ejk.de  
T: 0208 697-4500/1  
F: 0208 697-4503

## Patienteninformation - Prostatakarzinom

Sehr geehrter Patient, die Dokumentation ihrer Krankheitsgeschichte erfolgt sowohl im Prostatakarzinomzentrum Oberhausen-Niederrhein, als auch in einem online Dokumentationssystem, der UroCloud™. Die UroCloud™ ermöglicht die sektor- und fachbereichsübergreifende, strukturierte Dokumentation von urologischen über eine modulare Online-Anwendung. Daten werden per Browser erfasst, zentral gesammelt und allen beteiligten Behandlern zur Verfügung gestellt, um so die ärztlichen Betreuung, insbesondere auch die Nachsorge und Nachbehandlung zu verbessern. Die qualitätsgeleitete organorientierte Tumorverlaufsdokumentation in der UroCloud™ wurde von der DOCXCELLENCE GmbH Berlin mit dem Ziel entwickelt, die Tumorforschung zu fördern und die Heilungschancen sowie Qualität der medizinischen Betreuung zu verbessern.

## Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich durch \_\_\_\_\_ über Sinn und Zweck der  
Name des Arztes

organorientierten Verlaufsdokumentation im online Dokumentationssystem UroCloud™ in Berlin informiert wurde. Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme freiwillig ist und ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mich zurückziehen kann.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Daten ohne Namensnennung (pseudonymisiert) erfasst, verarbeitet und genutzt werden können. Die Daten sind nur den an der Behandlung und Dokumentation beteiligten Ärzten zugänglich. Der weiterbehandelnde Arzt wird über die Dokumentation im UroCloud informiert. Sofern meine medizinischen Daten aus diesem Register für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden, darf ein Rückschluss auf meine Person nicht möglich sein. Ich habe eine Kopie dieser Patienteninformation und Einwilligungserklärung erhalten. Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an der organorientierten Verlaufsdokumentation.

Ort, Datum Unterschrift des Patienten

Seite 1 von 1

			Datum	Name
Erstausgabe am: 29.04.2010	Gültig bis: auf Widerruf	Erstellt:	28.04.2010	F.Radefeld
Revision: 06 von S. Seidel	Revision vom: 01.01.2019	Geprüft:	28.04.2010	Dr. F. Kaiser
Datei: FO_02_12_APV_006 Einwilligungserklärung		Freigegeben:	28.04.2010	Prof. Dr. J. Fichtner