Tumorzentrum Rheinland-Pfalz e.V.
Gärtnergasse 6, 55116 Mainz
Tel.: 06131- 9201609
www.tuz-rlp.de

Psychosoziale
Krebsberatungsstelle
Rheinhessen

Einwilligung zur Dokumentation von Leistungen

Der Unterzeichnende bestätigt folgende Punkte:

1. Ich habe das Informationsblatt zur Dokumentation von Leistungen der psychosozialen Krebsberatung in der Fassung vom 22.05.2018 gelesen und seinen Inhalt verstanden. Nähere Informationen und die Formulare zum Download finden Sie auf der Internetseite des Tumorzentrums: www.tuz-rlp.de

2. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen, und diese wurden mir zufriedenstellend beantwortet.

3. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Einwilligung in die Dokumentation freiwillig ist und dass mir das Recht zusteht, diese Einwilligung zu verweigern oder eine einmal erteilte Zustimmung zu einem späteren Zeitpunkt schriftlich bei der Beratungsstelle zu widerrufen. Daraus ergeben sich keine Nachteile für mich oder meine weitere psychosoziale Beratung.

4. Ich willige ein, dass angegebene personenbezogene Angaben zu meiner Beratung in dem Dokumentationssystem der Beratungsstelle zum Zwecke der Qualitätssicherung erfasst, gespeichert und in einer Form ausgewertet werden, die keinerlei Rückschlüsse auf meine Person zulässt.

5. Ich bin damit einverstanden, dass diese Daten, sowie gegebenenfalls Unterlagen und Dokumente (z.B. Befundberichte), im Zusammenhang mit der Durchführung der Psychoonkologischen Versorgung und damit verbundener Anträge und Anfragen verwendet werden.

…….. ……
Name, Vorname Geburtsdatum

……..
Anschrift

…… ……..
Telefonnummer E-Mail Adresse

……
Datum, Unterschrift

Ich bin mit der Zusendung des Newsletters einverstanden

☐ Bitte senden Sie mir den Newsletter des Tumorzentrums zu per Post

☐ Bitte senden Sie mir den Newsletter des Tumorzentrums zu per E-Mail

……
Datum, Unterschrift

Die Einwilligungserklärungen kann jederzeit durch mich ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.