

Arztstempel / Einrichtungsstempel



Regionales Tumorzentrum Suhl
c/o Zentralklinikum Suhl GmbH
A.-Schweitzer-Str. 2, 98527 Suhl
Tel. 03681 / 356124
Fax 03681 / 356006

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich,

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

mein Einverständnis, daß meine Personalien sowie ärztlichen Informationen über meine Krankheit, die Diagnose, die Behandlungen, die Befunde und den weiteren Krankheitsverlauf im Klinischen Krebsregister Südthüringen des Regionalen Tumorzentrums Suhl zum Zwecke der Verbesserung der ärztlichen Behandlung und der Nachsorgebetreuung gespeichert und denen an meiner Behandlung und Nachsorge beteiligten Ärzte übermittelt werden.

Das Informationsblatt des Klinischen Krebsregisters Südthüringen zum klinischen und bevölkerungsbezogenen (epidemiologischen) Register habe ich gelesen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten