

Zentrum für Weichteilsarkome, GIST und Knochentumoren

Anmeldung zur Sarkomkonferenz

am Montag, den _____

(Anmeldefrist Freitag der Vorwoche, um 12.00 Uhr)

15.00 Uhr s.t., Demo-Raum Röntgen, Ebene 3, Raum 302

1. Patient/-in (Name, Vorname): _____ Geburtsdatum: _____

Adresse (Straße, PLZ/Ort): _____

Telefon: _____

2. Meldende(r) Ärztin/Arzt: _____ Telefon: _____

Krankenhaus/Adresse: _____ Fax: _____

3. Erforderliche Dokumente, soweit zutreffend:

- Aktueller Arztbrief zum Krankheitsverlauf
- OP-Bericht
- Histopathologiebericht
- schriftliche Befunde der Bildgebung
- Überweisungsschein, bei gesetzlich Versicherten

- Versicherungsstatus:
 gesetzlich oder privat versichert?
- Krankenversicherung: _____
- Versichertennummer: _____
- War Patient/-in in den letzten 4 Wochen stationär in einer Klinik? Ja Nein
Wenn ja, von _____ bis _____
in der Klinik _____

4. UKT-Externe Bildgebung eingesandt per

- CD/DVD (Postadresse: Zentrum für Weichteilsarkome, GIST und Knochentumoren,
Otfried-Müller- Straße 10, 72076 Tübingen)
- QR Code
- Teleradiologie

5. Konkrete Fragestellung:

**Bitte Anmeldung mit Unterlagen an: Fax: 07071 29-25470, Tel.: 07071
29-86483 Mail: Sarkome@med.uni-tuebingen.de**

6. Datenschutz

Datenübermittlung zw. Hausärztin u. Hausarzt/Fachärztin und Krankenhaus

(Einverständniserklärung gem. Art.6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DSGVO, i.V.m. § 73 Abs. 1b SGB V):

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt/meine Hausärztin oder Facharzt/Fachärztin zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt/meiner Hausärztin oder Facharzt/Fachärztin.

Weiter bin ich damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem Hausarzt/Hausärztin oder Fachärztin/Facharzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, sofern diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es dem Krankenhaus, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes/Hausärztin oder Fachärztin/Facharztes zu erhalten. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Unterschrift Patient/-in

Datum

**Bitte Anmeldung mit Unterlagen an: Fax: 07071 29-25470, Tel.: 07071
29-86483 Mail: Sarkome@med.uni-tuebingen.de**



Nur von privatversicherten Patienten und Patientinnen auszufüllen

Einwilligung zur Datenweitergabe und Schweigepflichtentbindung

Name, Vorname der Patientinnen/Patienten Geburtsdatum

Postleitzahl Wohnort der Patienten/ Patientinnen Straße und Haus-Nr.

Private Krankenversicherung Telefon-Nr. und E-Mail-Adresse

Name, Vorname und Anschrift der Hauptversicherten (falls abweichend von den Patientinnen/Patienten; bei minderjährigen Patienten/Patientinnen ggf. zusätzlich Name, Vorname und Anschrift der Sorgeberechtigten)

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Universitätsklinikum Tübingen meine personenbezogenen Daten, einschließlich besonderer Kategorien personenbezogener Daten gemäß Art. 9 DSGVO an folgende Abrechnungsdienstleister übermittelt:

- UTAS GmbH (Universitätsklinikum Tübingen Abrechnung Service, Geissweg 3, 72076 Tübingen)
- unimed® Abrechnungsservices für Kliniken und Chefärzte GmbH, Michael-Uwer-Straße 17-19, 66687 Wadern

Ich entbinde hiermit die Beschäftigten des Universitätsklinikums Tübingen von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den Abrechnungsdienstleister, soweit dies für die Durchführung der Abrechnung erforderlich ist.

Die übermittelten Daten können folgende Informationen umfassen:

- Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift
- Versicherungsdaten
- Behandlungszeitraum, Diagnosen und zugehörige Untersuchungsdaten, Art und Umfang der erbrachten Leistungen

Ich bin darüber informiert, dass die Abrechnungsdienstleister diese Daten ausschließlich zum Zweck der Abrechnung verarbeitet und angemessene technische und organisatorische Maßnahmen zum Schutz meiner Daten ergreift. Die Mitarbeitenden der Abrechnungsdienstleister unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Für die Firma Unimed: Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass die unimed GmbH meine Behandlungsdaten zum Zwecke der Anonymisierung verarbeitet, um nachfolgend Auswertungen in ausschließlich anonymer Form zu erstellen.

Die Einwilligung ist freiwillig. Sofern keine Einwilligung erteilt wird, entstehen hieraus keine Nachteile.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angaben von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen dem UKT und den Abrechnungsdienstleistern statt. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Der Widerruf ist zu richten an:

Universitätsklinikum Tübingen
Geissweg 3
72076 Tübingen
E-Mail: widerruf@med.uni-tuebingen.de

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter:
<https://www.medizin.uni-tuebingen.de/de/das-klinikum/datenschutz-am-klinikum>

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in,
ggf. Unterschrift der gesetzlichen Vertretungen