

Arztstempel / Klinikstempel

## Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich

Name / Vorname

---

Geburtsdatum

---

Anschrift

---

---

mein Einverständnis, dass meine medizinischen Daten an das **Regionale Klinische Krebsregister Dresden** übermittelt werden.

Diese Übermittlung soll der verbesserten Zusammenarbeit der mich betreuenden Ärzte dienen. Zu diesem Zweck darf das Regionale Klinische Krebsregister Dresden diese Daten den mich betreuenden Ärzten und dem Klinischen Krebsregister, in dessen Einzugsbereich ich wohne, zur Verfügung stellen.

Die Krebsregister sind berechtigt, die Daten zum Zweck der wissenschaftlichen Erforschung von Tumorerkrankungen (Krebsforschung) zu nutzen.

Ich kann dieses Einverständnis verweigern oder jederzeit bei meinem Arzt oder beim **Regionalen Klinischen Krebsregister Dresden, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden** widerrufen.

Ich wurde ausreichend informiert und willige ein:

ja

nein

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift