

Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen GmbH  
Klinikstr. 11, 78052 Villingen-Schwenningen

**ONKOLOGISCHES ZENTRUM  
SCHWARZWALD-BAAR-HEUBERG**

Klinikstr. 11  
78052 Villingen-Schwenningen

Telefon: +49 (0) 7721 / 93-0  
Direkt: +49 (0) 7721 / 93-4312  
Fax: +49 (0) 7721 / 93-94309

E-Mail: osp@sbk-vs.de  
Internet: www.sbk-vs.de

**Beteiligte Kliniken, Zentren, Institute und  
Einrichtungen:**

**Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,  
Kopf- und Hals-Chirurgie**  
Telefon: +49 (0) 7721 / 93-3690

**Klinik für Innere Medizin I  
Gastroenterologie, Diabetologie,  
Endokrinologie, Rheumatologie, Hepatologie**  
Telefon: +49 (0) 7721 / 93-2090

**Klinik für Innere Medizin II  
Onkologie, Hämatologie,  
Infektiologie, Immunologie  
Palliativmedizin**  
Telefon: +49 (0) 7721 / 93-4090

**Klinik für Neurochirurgie**  
Telefon: +49 (0) 7721 / 93-2190

**Klinik für Neurologie**  
Telefon: +49 (0) 7721 / 93-2290

**Klinik für Strahlentherapie und  
Radioonkologie**  
Telefon: +49 (0) 7721 / 93-3490

**Viszeralonkologisches Zentrum Südwest  
(VZS)**  
Telefon: +49 (0) 7721 / 93-3390

**Gynäkologisches Krebszentrum (GKZ)**  
Telefon: +49 (0) 7721 / 93-3190

**Interdisziplinäres Brustzentrum (IBZ)  
Villingen-Schwenningen/ Tuttlingen  
Klinik f. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe**  
Telefon: +49 (0) 7721 / 93-3190

**Lungenzentrum Donaueschingen**  
Telefon: +49 (0) 771 / 88-5901

**Prostatakarzinom-Zentrum (PKZ)  
Klinik für Urologie und Kinderurologie**  
Telefon: +49 (0) 7721 / 93-2490

**Apotheke**  
Telefon: +49 (0) 7721 / 93-3901

**Institut für Pathologie**  
Telefon: +49 (0) 7721 / 93-2766

**Institut für Radiologie und Nuklearmedizin**  
Telefon: +49 (0) 7721 / 93-2890

**Psychoonkologischer Dienst**  
Telefon: +49 (0) 7721 / 93-4320

**Brückenpflege**  
Telefon: +49 (0) 7721 / 93-4421

**Entlassmanagement**  
Telefon: +49 (0) 7721 / 93-8399

**Sozialdienst**  
Telefon: +49 (0) 7721 / 93-8360

**Tumordokumentation**  
Telefon: +49 (0) 7721 / 93-4310

**Spezialisierte Ambulante Palliativ-  
medizinische Versorgung (SAPV)**  
Telefon: +49 (0) 7721 / 93-4429

Villingen-Schwenningen,

**Patient/Patientin**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

### **Einwilligungserklärung zur Vorstellung in den Tumorkonferenzen des Onkologischen Zentrums am Schwarzwald-Baar-Klinikum**

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt darüber aufgeklärt, dass meine Krankheitsgeschichte inklusive aller vorliegenden Befunde sowie die Ergebnisse der radiologischen Diagnostik (CT, NMR usw.) im Rahmen der interdisziplinären Tumorkonferenzen des Schwarzwald-Baar-Klinikums vorgestellt und besprochen werden.

Mir ist bekannt, dass bei den Tumorkonferenzen neben den direkt beteiligten Ärzten auch konsiliarisch hinzugezogene Ärzte sowie weitere Personen des Schwarzwald-Baar-Klinikums (z.B. aus der Krankenpflege, der Psychoonkologie und dem Sozialdienst) anwesend sind.

In den Tumorkonferenzen wird eine gemeinschaftliche Empfehlung für meinen individuellen Diagnose- und Therapieplan erarbeitet und dieser als Beschluss festgehalten. Alle Teilnehmer einer Tumorkonferenz werden namentlich erfasst.

Sämtliche Fragen wurden vom unterzeichneten Arzt verständlich und zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Meine Einwilligung erfolgt freiwillig und ich kann diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angaben von Gründen widerrufen, ohne dass mir Nachteile entstehen.

Geschäftsführer: Dr. Matthias Geiser  
Vorsitzender des Aufsichtsrates (alternierend):  
Sven Hintersesh, Landrat  
Jürgen Roth, Oberbürgermeister

Sitz der Gesellschaft:  
Villingen-Schwenningen  
Registergericht: Reg.-Nr. HRB 602038  
Amtsgericht Freiburg  
KH-Kenn-Nr.: IK 260 831 312

Bankverbindung:  
Sparkasse Schwarzwald-Baar  
IBAN: DE49 6945 0065 0000 0642 20  
BIC: SOLADES1VSS

**Schreiben vom**

Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte gegenüber den Teilnehmern der Tumorkonferenzen von der Schweigepflicht und willige ein, dass innerhalb des Onkologischen Schwerpunkts des Schwarzwald-Baar-Klinikums medizinische und administrative Mitarbeiter meine Daten im Rahmen der im Aufklärungsgespräch erläuterten Prozesse einsehen und verarbeiten dürfen.

---

Ort / Datum Unterschrift des Patienten

Ich bestätige, dass die Patientin / der Patient einwilligungsfähig ist.

---

Ort / Datum Unterschrift Arzt