

## Widerspruch gegen die dauerhafte Speicherung von Identitätsdaten im Rahmen der Meldung an das Krebsregister Baden-Württemberg gemäß § 4 des Landeskrebsregistergesetzes

Der schriftliche Widerspruch ist per Brief oder Fax vom meldenden Arzt/Einrichtung lediglich als Kopie an die Vertrauensstelle zu senden. Das Original verbleibt zur Dokumentation bei den Patientenunterlagen. Die Fax-Nummer lautet: 0721 825 99 79099

Krebsregister Baden-Württemberg  
Vertrauensstelle  
bei der Deutschen Rentenversicherung  
Baden-Württemberg  
Gartenstr. 105  
76135 Karlsruhe

Sehr geehrte Damen und Herren,  
ich (Patientin/Patient)



|                 |   |
|-----------------|---|
| Anrede, Titel   |   |
| Vorname         |   |
| Nachname        |   |
| Geschlecht      | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers |
| Geburtsdatum    |   |
| Straße, Hausnr. |   |
| PLZ, Ort        |   |

wurde durch die/den Ärztin/Arzt

|                    |  |
|--------------------|--|
| Anrede, Titel      |  |
| Vor-, Nachname     |  |
| Institution        |  |
| Abteilung          |  |
| Straße, Hausnr.    |  |
| PLZ, Ort           |  |
| Ansprechpartner/in |  |

über die verpflichtende Meldung an das Krebsregister Baden-Württemberg, den Inhalt der Meldung und die weitere Nutzung der Daten durch die Vertrauensstelle, die Klinische Landesregisterstelle und das Epidemiologische Krebsregister aufgeklärt. Darüber hinaus wurde ich über die mir zustehende Möglichkeit informiert, der dauerhaften Speicherung meiner Identitätsdaten im Krebsregister Baden-Württemberg zu widersprechen. Das Patienteninformationsblatt wurde mir ausgehändigt. **Ich möchte hiermit von der Möglichkeit des Widerspruchs Gebrauch machen.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift Patient/Patientin

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift Ärztin/Arzt

Die Ärztin/der Arzt ist verpflichtet, die Bestätigung der Löschung an die Patientin/den Patienten weiter zu geben.