

Eine Kopie des **schriftlichen** Widerspruchs ist **per Brief oder Fax** vom meldenden Arzt/Einrichtung 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

Widerspruch gegen die Meldung von Krebserkrankungs-, -verlaufsdaten und -therapiedaten an das Krebsregister Baden-Württemberg

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich (**Patientin/Patient**)

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

wurde durch (**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 sowie über die mir zustehende Möglichkeit, dieser Meldung zu widersprechen, informiert. Das Patienteninformationsblatt wurde mir ausgehändigt.

Ich möchte von der Möglichkeit zum Widerspruch Gebrauch machen. Meine Daten sollen durch das Krebsregister Baden-Württemberg nicht verarbeitet werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient

Ort, Datum

Unterschrift Ärztin/Arzt

Diese Seite dient zur Dokumentation in der Einrichtung/Praxis des Melders

Referenznummer des widersprechenden Patienten: _____

Vor- und Nachname des widersprechenden Patienten: _____

Dokumentation beim Arzt		
<input type="checkbox"/>	Eine Meldung an das Krebsregister <i>ist bereits erfolgt</i> , die Löschung bereits gemeldeter Daten wurde unverzüglich veranlasst.	_____ Datum, Unterschrift Bearbeiter
<input type="checkbox"/>	Eine Meldung an das Krebsregister <i>ist noch nicht erfolgt und unterbleibt</i> auf Grund des Widerspruchs.	_____ Datum, Unterschrift Bearbeiter
<input type="checkbox"/>	Auf Wunsch des Patienten/der Patientin wird der Widerspruch zur Löschung eventuell im Register bereits vorhandener Daten dennoch an das Krebsregister weitergeleitet.	_____ Datum, Unterschrift Bearbeiter
<input type="checkbox"/>	Eine schriftliche Unterrichtung von Seiten des Krebsregisters über die Löschung vorhandener Daten ist erfolgt.	_____ Datum, Unterschrift Bearbeiter

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

<input type="checkbox"/>	Der Patient/die Patientin wurde über die Löschung seiner/ihrer Daten im Register unterrichtet.	_____ Datum, Unterschrift Bearbeiter
--------------------------	--	---