

Einverständniserklärung zur Teilnahme am Programm

Persönliche Angaben	
Name, Vorname:	Adresse:
Geburtsdatum:	Referenznummer:
AHV-Nummer:	Krankenkasse:
Hausarzt (Name, Vorname, Ort):	

Mit meiner Unterschrift

- bestätige ich, dass ich über die Funktionsweise der Vorsorge und Früherkennung, ihre Vorteile und ihre Grenzen informiert wurde.
- erlaube ich die Übermittlung und den Austausch meiner medizinischen und personenbezogenen Daten (nachfolgend «Daten») zwischen den am Screening beteiligten Fachpersonen, sowohl per Post als auch elektronisch, sowie die Erfassung und Archivierung meiner Daten durch die Krebsliga beider Basel; diese Daten werden vertraulich behandelt; ich wurde mit der Einladung ausführlich über die Nutzung, Weitergabe und Speicherung meiner Daten informiert, ich habe das Recht, meine Daten jederzeit einzusehen, zu berichtigen und Widerspruch einzulegen.
- erlaube ich den Informationsaustausch zwischen dem von mir bezeichneten Arzt/Ärztin und der Abteilung für Vorsorge & Früherkennung der Krebsliga beider Basel.
- erlaube ich den Abgleich meiner Daten durch die Krebsliga beider Basel mit dem Krebsregister beider Basel.
- erlaube ich, dass das Krebsregister beider Basel Informationen über eine allfällige bei mir diagnostizierte Erkrankung des Darms an die Krebsliga beider Basel weiterleitet.
- erlaube ich, dass meine anonymisierten Daten für statistische Zwecke und zur Qualitätsverbesserung des Programms verwendet werden können.
- erlaube ich, dass mein Dossier im Falle eines Umzugs an das Vorsorge-Programm meines neuen Wohnkantons weitergeleitet wird.
- erlaube ich die Übermittlung von Ergebnissen allfälliger Folgeuntersuchungen der Screening-Untersuchung an die Krebsliga beider Basel.

Unterschrift

Datum



Ohne Unterschrift und Datumsangabe dürfen keine Untersuchungen im Rahmen des Darmkrebs-Screening-Programmes durchgeführt werden. Dieses unterschriebene Begleitblatt bitte an screening@klbb.ch senden.