



INFORMATIONEN ÜBER DIE EINHOLUNG EINER AUSKUNFT über gespeicherte Daten im Klinischen Krebsregister Niedersachsen (KKN)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihre Ärztin/Ihr Arzt und Ihre Zahnärztin/Ihr Zahnarzt, die/der eine bösartige Tumorerkrankung einschließlich ihrer Frühstadien oder eine gutartige Tumorerkrankung des zentralen Nervensystems diagnostiziert oder behandelt, ist gegenüber dem Klinischen Krebsregister Niedersachsen (KKN) meldepflichtig. Sie als Betroffene/Betroffener können gemäß § 24 des Gesetzes über das Klinische Krebsregister Niedersachsen (GKKN) vom 25.09.2017 Auskunft über die im KKN gespeicherten Daten erhalten.

Die Auskunft wird über Ihre Ärztin/Ihren Arzt oder Ihre Zahnärztin/Ihren Zahnarzt erteilt, die/der beim KKN als Nutzerin/Nutzer registriert ist und die/der bereits *meldepflichtige Anlässe* über das Melderportal an das KKN gemeldet hat. Eine Einwilligung von Ihnen ist für diese Meldung aufgrund der gesetzlichen Meldepflicht nicht erforderlich, allerdings müssen Sie vorab informiert werden. Hierfür hält das KKN auf seiner Internetseite www.kk-n.de entsprechendes Informationsmaterial bereit.

Die zu Ihnen gespeicherten Daten können die Diagnose einer oder mehrerer Tumorerkrankungen, die Sicherung der Diagnosen durch histologische, zytologische oder molekularpathologische Untersuchungen, Beginn und Ende von Behandlungen und Änderungen im Erkrankungsverlauf mit Abänderung einer Therapie umfassen. Ihre Ärztin/Ihr Arzt oder Ihre Zahnärztin/Ihr Zahnarzt ist ferner *berechtigt*, Nachsorgeuntersuchungen, die keine Änderung der Therapie auslösen oder bei Ihnen Tumorfreiheit bestätigen, sowie eine Erörterung Ihres Krankheitsfalles im Rahmen einer Tumorkonferenz zu melden, sofern Sie dieser Meldung zugestimmt haben.

Diese Daten enthalten somit Informationen, die ausschließlich Ihnen nur in einem ärztlichen Gespräch mitgeteilt werden können. Für die Auskunft müssen Sie daher Ihre Ärztin/Ihren Arzt oder Ihre Zahnärztin/Ihren Zahnarzt beauftragen, bei uns die Auskunft einzuholen. Bitte füllen Sie die Angaben zu Ihrer Person auf der Rückseite dieses Blattes vollständig aus und übergeben Sie das Formular an Ihre Ärztin/Ihren Arzt oder Ihre Zahnärztin/Ihren Zahnarzt. Diese/dieser ergänzt das Formular und schickt es auf dem Postweg an uns. Das KKN stellt danach alle über Sie gespeicherten Daten zusammen und übermittelt diese über das Melderportal an Ihre Ärztin/Ihren Arzt oder Ihre Zahnärztin/Ihren Zahnarzt, die/der schließlich in einem persönlichen Gespräch Ihnen alle Informationen erläutert.

Ihre Ärztin/Ihr Arzt oder Ihre Zahnärztin/Ihr Zahnarzt kann Ihnen auch direkte Einsicht in die über Sie im Melderportal verfügbaren Daten gewähren. Diese Informationen umfassen jedoch nicht alle über Sie gespeicherten Daten; insbesondere die Identifizierung anderer behandelnder Ärztinnen/Ärzte und Zahnärztinnen/Zahnärzte ist mit der direkten Einsicht nicht möglich. Ihre Ärztin/Ihr Arzt oder Ihre Zahnärztin/Ihr Zahnarzt muss das KKN über diese Einsichtnahme informieren.

Anschrift

Klinisches Krebsregister Niedersachsen | KKN
Anstalt des öffentlichen Rechts
Vertrauensbereich
Sutelstraße 2 | 30659 Hannover

Herausgeber

Klinisches Krebsregister Niedersachsen | KKN
Sutelstraße 2 | 30659 Hannover

Einholung einer Auskunft gemäß § 24 GKKN

Betroffene/Betroffener

Vorname	
Familienname	
frühere Namen	
Geschlecht	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> divers
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ Ort	
ggf. frühere Anschrift/en, insb. zum Diagnosezeitpunkt	

Hiermit beauftrage ich gemäß § 24 GKKN meine Ärztin/meinen Arzt oder meine Zahnärztin/meinen Zahnarzt zur Einholung einer Auskunft über die über mich im KKN gespeicherten Daten.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Betroffenen bzw. Personensorgeberechtigten*

Personensorgeberechtigte(r)*

Vorname	
Familienname	
Straße, Hausnummer	
PLZ Ort	

*Für Personen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, handeln die Personensorgeberechtigten.

Beauftragte Ärztin/Beauftragter Arzt

Melder-ID	
Titel	
Vorname	
Familienname	
Einrichtung	
Straße, Hausnummer	
PLZ Ort	

Hiermit beantrage ich gemäß § 24 Abs. 2 Satz 2 GKKN die Übermittlung der beim KKN zur oben genannten betroffenen Person gespeicherten Daten. Ich versichere, dass ich mich gemäß § 4 Abs. 2 Satz 1 GKKN bereits im Melderportal als Nutzerin/Nutzer registriert habe und die betroffene Person gemäß § 4 Abs. 1 Satz Nr. 1 und 2 bezüglich einer bösartigen Neubildung einschließlich ihrer Frühstadien oder eines gutartigen Tumors des zentralen Nervensystem behandelt und Daten zu einem Meldeanlass gemäß §§ 6 und 7 GKKN an das KKN übermittelt habe.

Ort, Datum

Unterschrift der beauftragten Ärztin/des beauftragten Arztes