**Informationen zum Geriatrischen Assessment und**

**Einverständnis zur Datenverarbeitung**

Sehr geehrte Patienten,

sie befinden sich aufgrund einer Krebserkrankung in ärztlicher Behandlung. Bei der Planung Ihrer Behandlung sind viele Aspekte zu berücksichtigen - Begleiterkrankungen, altersbedingte Funktions-einschränkungen von Organen, geistige Leistungsfähigkeit, Mobilität und soziale Versorgung und Betreuung.

All diese Aspekte sind für den Therapieerfolg und Ihre Sicherheit während, aber auch nach beendeter Therapie besonders wichtig. So sind nach stationärer Entlassung zum Beispiel die Benachrichtigung Ihres Hausarztes, geplante Wiedervorstellungen zur Therapiefortführung, gegebenenfalls notwendige Hilfen im täglichen Leben usw. dringend erforderlich. Auch wird häufig eine intensive Beratung und Unterstützung Ihrer Angehörigen gewünscht. Dies alles beeinflusst wesentlich Ihre Lebensqualität während der Behandlung.

Um Ihren persönlichen Bedarf bestmöglich einzuschätzen, führen wir seit einiger Zeit bei allen Patienten ab einem Alter von 65 Jahren einige Tests durch. Dazu bitten wir Sie und Ihre Angehörigen, gegebenenfalls mit Hilfe unserer Mitarbeiter Fragebögen auszufüllen. Weiterhin werden kleinere Tests, unter anderem zu körperlicher Beweglichkeit und Denkvermögen, durchgeführt.

Diese Untersuchungen helfen uns, die bestmögliche Therapie für Sie auszuwählen. Die Ergebnisse werden selbstverständlich im Rahmen der ärztlichen Schweigepflicht vertraulich behandelt.

Wir versuchen unsere Therapien ständig zu verbessern. Dabei sind wir auf Sie angewiesen. Wir möchten Sie bitten, uns zu erlauben, die Erkenntnisse, die wir aus Ihrer Behandlung gewinnen, weiter zu analysieren. Dazu müssen verschiedene Daten aus Ihrer Krankengeschichte und den oben beschriebenen Testverfahren weiterverarbeitet werden. Dies geschieht absolut vertraulich und anonymisiert. Ihr Einverständnis dazu ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückgezogen werden, ohne dass Ihnen daraus ein Nachteil entsteht. Die Ergebnisse dieser Auswertungen sollen publiziert werden.

Bei offenen Fragen scheuen Sie sich nicht, uns jederzeit anzusprechen.

Ich wurde von Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ über die geplante anonymisierte Datenerhebung und deren weitere Verwendung umfassend aufgeklärt.

* Ich bin einverstanden, dass meine krankheitsbezogenen Daten anonym zur wissenschaftlichen Analyse weiterverwendet werden.
* Ich bin nicht einverstanden, dass meine krankheitsbezogenen Daten anonym zur wissenschaftlichen Analyse weiterverwendet werden.

Datum Unterschrift