Ihren **schriftlichen** Widerspruch richten Sie bitte mit einer **Kopie Ihres Personalausweises** an die Krebsregister-Zentrale des Landeskrebsregisters Thüringens.

LANDES KREBSREGISTER Thüringen

Landeskrebsregister Thüringen gGmbH
Camburger Straße 74
07743 Jena

Widerspruch gegen die dauerhafte Speicherung von Identitätsdaten gemäß § 6 Thüringer Krebsregistergesetz (ThürKRG)

Hiermit mache ich, als **Patient(in) / gesetzliche Vertretung für die/den Patienten(in)**,

Name* _____ Titel _____

Vorname* _____ Geburtsname _____

Geburtsdatum* _____ ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Straße, Haus-Nr.* _____

PLZ, Wohnort* _____

Krankenversicherten-Nr.*[1] _____

Krankenkasse _____

* Sind Pflichtangaben und werden zur eindeutigen Identifizierung Ihrer Person benötigt.
[1] Ihre Krankenversicherten-Nr. finden Sie auf Ihrer persönlichen Gesundheitskarte.

von meinem Recht auf Widerspruch nach § 6 Thüringer Krebsregistergesetz gegen die dauerhafte Speicherung meiner Identitätsdaten im Zusammenhang mit einer Krebsmeldung Gebrauch.

Mir ist bekannt, dass sich mein Widerspruchsrecht nur auf das Löschen meiner Identitätsdaten (Name, Anschrift, Krankenversicherungsdaten) im Landeskrebsregister Thüringen bezieht. Die gesetzliche Meldepflicht für Ärztinnen und Ärzte bleibt hiervon unberührt. Aufgrund meines Widerspruchs werden meine Identitätsdaten nach Erfüllung aller gesetzlichen Pflichten gelöscht und durch ein Pseudonym ersetzt. Dies bedeutet, dass meine Person namentlich nicht mehr erkennbar ist. Die medizinischen Daten zu meiner Krebserkrankung bleiben jedoch für die Auswertung erhalten. Mein Widerspruch hat auch zur Folge, dass meine medizinischen Daten meinen behandelnden Ärztinnen/Ärzten und Kliniken zur Unterstützung der Behandlung oder für Therapieentscheidungen nicht mehr zur Verfügung gestellt werden können.

Bis zur ausdrücklichen Zurücknahme betrifft der Widerspruch bereits erfasste sowie künftig eingehende Identitätsdaten.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Patient/Patientin/gesetzliche Vertretung