

Der **schriftliche** Widerspruch ist **per Brief oder Fax**
vom meldenden Arzt/Einrichtung lediglich **als Kopie** 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 dauerhafte Speicherung von Identitätsdaten im Rahmen der
Meldung an das Krebsregister Baden-Württemberg gemäß § 4 des
Landeskrebsregistergesetzes**

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
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 aufgeklärt. Darüber hinaus wurde ich
über die mir zustehende Möglichkeit informiert, der dauerhaften Speicherung meiner
Identitätsdaten im Krebsregister Baden-Württemberg zu widersprechen. Das
Patienteninformationsblatt wurde mir ausgehändigt.

Ich möchte hiermit von der Möglichkeit des Widerspruchs Gebrauch machen.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient

Ort, Datum

Unterschrift Ärztin/Arzt

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