

Einwilligungserklärung – Fotoaufnahmen MZEB Neinstedt

Ich,

Nachname, Vorname _____

geboren am _____

willige ein willige nicht ein *(entsprechend bitte ankreuzen)*

dass von mir im Zusammenhang mit der Behandlung im MZEB Neinstedt Fotos erstellt und gespeichert werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Ggf. Name und Unterschrift gesetzlicher Betreuer

Erklärung:

Im Zusammenhang mit der Behandlung in unserem MZEB ist es für unsere Arbeit hilfreich, wenn wir Fotos von Ihnen anfertigen. Damit kann Ihr aktueller Gesundheitszustand oder Besonderheiten (z. B. der Haut, des Gesichtes, Wunden u. ä.) dokumentiert werden. Außerdem dienen diese zur Unterstützung bei der Aktenführung, sowie der Arbeit in multiprofessionellen Fallbesprechungen.

Die Einwilligungserklärung ist freiwillig. Falls Sie sie nicht abgeben möchten, stellen wir ausdrücklich fest, dass dies für Sie mit keinerlei Nachteilen verbunden ist.

Widerruf: Diese Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.