

Einverständniserklärung für Foto- und Videoaufnahmen im MZEB Würzburg für

Patientenname: _____

Geboren am: _____

Es kann sein, dass für diagnostische Zwecke Fotos und Videoaufnahmen angefertigt werden. Dafür benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis.

Hiermit erkläre ich: _____

oder mein gesetzlicher Vertreter: _____

dass von mir im Rahmen der Untersuchung im MZEB Würzburg Foto- und Videoaufnahmen angefertigt werden dürfen.

Die Foto- und Videoaufnahmen werden ausschließlich zur Auswertung der Untersuchung, Verlaufskontrolle und zu untersuchungsrelevanten Besprechungen genutzt.

An diesen Besprechungen können, wenn es für die Diagnose bzw. Behandlung sinnvoll oder erforderlich ist, auch nicht im MZEB tätige (Fach-) Ärzte und Therapeuten * teilnehmen. An diese Personen bzw. Praxen werden die Foto-/Videoaufnahmen (wenn notwendig) weitergegeben.

Es wird versichert, dass diese Foto- und Videoaufnahmen weder veröffentlicht noch an unbefugte Dritte weitergegeben werden.

Die Fotos und Videos werden vom MZEB Würzburg nur für den erforderlichen Zeitraum aufbewahrt, danach werden sie umgehend gelöscht.

Ich bin darüber informiert, dass ich mein Einverständnis zu jeder Zeit widerrufen kann.

Datum Unterschrift / Name der abgebildeten Person:

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters:

*Andere Ärzte und Therapeuten können beispielsweise sein: Hausärzte, Fachärzte verschiedener Fachrichtungen, Ergotherapeuten, Logopäden, Therapeuten verschiedener weiterer Fachrichtungen, Einrichtungen wie Orthopädietechniker etc., die in Zusammenhang mit der Diagnostik und Behandlung im Medizinischen Behandlungszentrum angesprochen werden müssen.