

Einwilligung zur Speicherung von Fotos

Wir möchten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung im MZEB Fotos von Ihnen anfertigen, um Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bzw. Besonderheiten z.B. der Haut, des Gesichtes, der Körperhaltung oder Wunden zu dokumentieren. Diese Fotos können, falls notwendig, auch an weiterbehandelnde Ärzte weitergegeben werden.

Die Einwilligung ist freiwillig. Sollten Sie uns die Einwilligung nicht erteilen, hat das keinen Einfluss auf Ihre sonstige Behandlung!

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos von mir im Zusammenhang mit der Dokumentation meiner Behandlung im MZEB erstellt und gespeichert werden:

Eine Verwendung der Fotos für andere als die beschriebenen Zwecke oder ein Inverkehrbringen durch Überlassung der Aufnahmen an Dritte ist unzulässig.

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

ggf. Name und Unterschrift des Betreuers

Widerrufsbelehrung

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne die Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Im Falle eines Widerrufs wird das MZEB Fotos von mir unverzüglich löschen.

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

ggf. Name und Unterschrift des Betreuers