

Einwilligungserklärung – Foto- und Videoaufnahmen

Wir möchten im Zusammenhang mit Ihrer¹ 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. Zudem ist es unter bestimmten Umständen hilfreich, Videos, z. B. von einer Bewegungsstörung, anzufertigen. Diese Fotos oder Videos können, falls notwendig, auch an weiterbehandelnde Ärzte weitergegeben werden.

Für den Fall, dass Sie die Einwilligungserklärung nicht abgeben möchten, stellen wir ausdrücklich fest, dass dies für Sie mit keinerlei Nachteilen verbunden ist. Die Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Ich

_____ ,
willige ein, dass _____ (Vor- und Nachname)

Foto- und ggf. Videoaufnahmen von mir im Zusammenhang mit der Dokumentation der Behandlung im MZEB erstellt und gespeichert werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in /
ggf. gesetzliche/r
Betreuer/in

Medizinisches Versorgungszentrum
der Pfeifferschen Stiftungen GmbH

Geschäftsführer:
Christian von der Becke
Pfeifferstraße 10
39114 Magdeburg

Telefon: (0391) 8505 9900
Fax: (0391) 8505 9980

Sitz der Gesellschaft: Magdeburg
Registriert beim Amtsgericht Stendal
unter HRB: 5779
USt-ID-Nr.: DE295244176

Bank für Sozialwirtschaft Magdeburg
IBAN: DE96 8102 0500 0004 4569 00
BIC: BFSWDE33MAG

¹ Diese Einwilligungserklärung richtet sich formal an den Betreuten. Aufgrund der Betreuungssituation kann sich jedoch stellvertretend der gesetzliche Vormund angesprochen fühlen.