



Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie

Einverständniserklärung Fotografische Abbildung

Bitte hier Patientenetikett einkleben!

Fotoabteilung MedizinFotoKöln

Ambul. Station _____ Telefon _____

Datum _____

Diagnose/Fragestellung

Einverständniserklärung

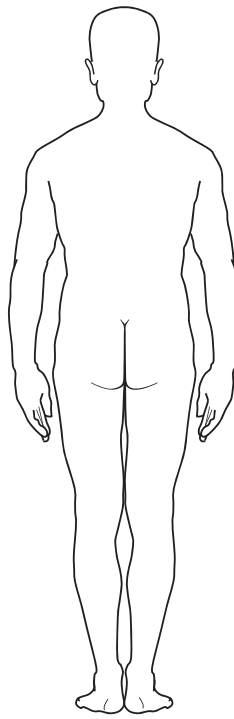
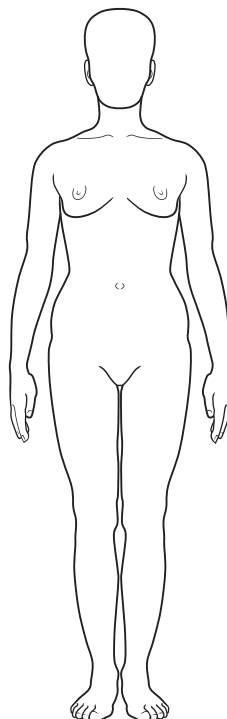
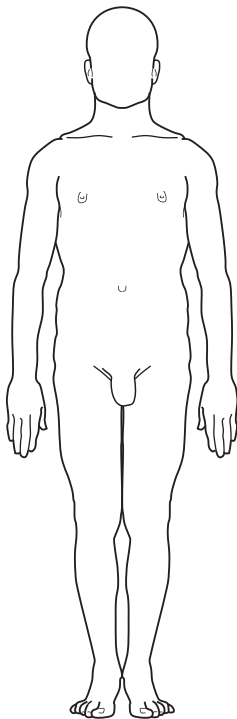
Ich bin mit der fotografischen Abbildung von mir (meiner Tochter, meinem Sohn) zur Dokumentation im Rahmen der Behandlung einverstanden.

- in der wissenschaftlichen Lehre und Fortbildung verwendet werden
- in Fach- und Lehrpublikationen gedruckt, online oder auf sonstige Weise veröffentlicht werden
- die Berechtigung zu dieser Nutzung vom Klinikum auf Dritte übertragen werden darf.

Die Wiedergabe erfolgt dabei so, dass kein Bezug zu meiner Person hergestellt werden kann. Ich bin darüber informiert worden, dass ich diese Einwilligung jederzeit für mich und mein Kind ohne negative Auswirkungen für mich und mein Kind mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Unterschrift anfordernde/r Ärztin/Arzt

Unterschrift Patientin/Patient/Sorgeberechtigte



Bemerkungen:

Datum, Unterschrift, Fotografin/Fotograf

Sonderdokumentation _____ Bildbesprechung _____

Bildcode _____

Bitte mit Kugelschreiber beschriften und ausreichend aufdrücken!