

Einwilligung zur Foto- / Videodokumentation

Sehr geehrte Frau _____
Name | Anschrift Geburtsdatum

Sehr geehrter Herr _____
Name | Anschrift Geburtsdatum

Sehr geehrte Angehörige/gesetzliche Vertreter,

im Rahmen einer fachgerechten Heilmitteltherapie sind wir verpflichtet, den Therapieprozess sorgfältig zu dokumentieren. In Ihrem Behandlungsfall ist es zur Dokumentation Ihres Behandlungsverlaufs sinnvoll, diesen durch Fotos/Videos zu belegen. Mit deren Hilfe können wir objektiv Ihren aktuellen Zustand und die Therapiefortschritte festhalten sowie die Wirksamkeit unserer Behandlung überprüfen und verbessern.

Aus diesem Grund werden Foto-/Videoaufnahmen gemacht, die Ihrer Patientenakte beigelegt werden. Selbstverständlich unterliegen auch diese Daten in unserer Praxis dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt und niemals an unberechtigte Dritte weitergegeben.

Die Foto-/Videodokumentation wird im Rahmen der weiteren Therapieplanung an den verordnenden Arzt _____ übermittelt.

Die Foto-/Videodokumentation wird zu folgendem Zweck: _____
_____ an folgende Person übermittelt:

_____ Name | Anschrift

Ich bin damit einverstanden, dass meine Foto-/Videodokumentation zu oben genanntem Zweck an die benannte Person übermittelt wird.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass eine Fotodokumentation/Videodokumentation im Rahmen meiner Behandlungsdokumentation erstellt und zu rein therapeutischen Zwecken EDV-gestützt gespeichert, verändert oder übermittelt wird. Ich weiß, dass ich jederzeit Einsicht verlangen und diese Erklärung mit zukünftiger Wirkung widerrufen kann. Die Information zur Foto-/Videodokumentation habe ich gelesen und verstanden.

_____ Ggf. Name des /der gesetzlichen Vertreter/s

_____ Ort | Datum

_____ Unterschrift

Praxisstempel