

Ihre Zeichen

Unsere Zeichen

Durchwahl

Telefon 0355 46-2445
Telefax 0355 46-2552
Email infospz@mul-ct.de

Datum

Einverständniserklärung

Hiermit bin ich / sind wir damit einverstanden, dass im Rahmen der klinischen Vorstellung Fotos und Filme von mir bzw. meines Kindes / meiner Kinder

angefertigt werden und für interne Dokumentation in der Patientenakte zur Verfügung stehen.

☐ ja ☐ nein

Darüber hinaus bin ich einverstanden, dass die Fotografien / Filme (anonym) für die Lehre und wissenschaftliche Zwecke verwendet werden.

☐ ja ☐ nein

Hiermit erkläre ich mich mit einer anonymen Darstellung von Fotografien und medizinischen Daten von mir / meines Kindes / meiner Kinder in einer deutsch- oder englischsprachigen medizinischen Veröffentlichung einverstanden.

Herewith I give my informed consent to the anonymous publication of photographs of me / my child/children in a German or English language medical publication.

☐ ja ☐ nein

Cottbus, _____

Unterschrift