

Einwilligungserklärung

Von Klinik/Praxis auszufüllen

Name der Klinik/Praxis

Anschrift der Klinik/Praxis

Ort, Datum, Unterschrift des Behandlenden

Einwilligungserklärung des Patienten

Name, Vorname

Straße

Ort

Geburtsdatum

Für die Weiterentwicklung von Heilbehandlungen in Medizin und Zahnmedizin ist der wissenschaftliche Erfahrungs- und Gedankenaustausch insbesondere in Fachzeitschriften und Lehrbücher oder über das Internet sehr wichtig.

Daher erkläre ich mich ausdrücklich damit einverstanden, dass das gesamte im Rahmen meiner Behandlung/ Tätigkeit angefertigte Bildmaterial - auch bei Erkennbarkeit meiner Person/meines Kindes - zu wissenschaftlichen, redaktionellen und werblichen Zwecken (ausschließlich Werbung für das Produkt und den Verlag) ohne Nennung von Name und Anschrift zeitlich und räumlich unbeschränkt veröffentlicht, insbesondere in gedruckter Form (z.B. Hardcover, Taschenbuch, Zeitschrift) und auf digitalen Datenträgern (z.B. CD, CD-ROM, DVD) vervielfältigt und verbreitet sowie öffentlich zugänglich gemacht (z.B. Internet) oder in sonstiger Form öffentlich wiedergegeben (z.B. Sendungen, Vortrag etc.) werden kann. Dies beinhaltet auch die Nutzungsrechte für zum Zeitpunkt der Unterzeichnung noch nicht bekannte Nutzungsarten.

Ort, Datum, Unterschrift

Ort, Datum, Unterschrift der Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen