

Einverständniserklärung Fotoaufnahmen

Patient/in

Name	Vorname	Geb.-Datum
------	---------	------------

Ich bin darüber informiert worden, dass es im Rahmen des Behandlungskonzeptes der Praxis nützlich sein kann, dass Fotografien angefertigt werden.

Diese unterliegen ebenso wie die übrigen Behandlungsdaten der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos angefertigt und zu folgenden Zwecken verwendet werden:

- Patientenkartei, praxisinterne Besprechungen
- Besprechungen mit dem Zahntechniker
- Besprechungen mit (zahn-)ärztlichen Kollegen
- Fort- und Weiterbildung (Vorträge) oder Publikationen (Fachartikel, Bücher)

Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Kopien der Aufnahmen kann ich bei Interesse oder Bedarf erhalten.

Ich bin mit der Anfertigung von

Mundfotos, die nicht identifiziert werden können

Porträtfotos, die bei Bedarf unkenntlich gemacht werden können

einverstanden.

Ich wünsche keine Fotoaufnahmen.

Reutlingen, den _____

Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsber.

Unterschrift Zahnarzt