



Einwilligungserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die im Rahmen meines stationären/teilstationären/ambulanten Aufenthaltes gemachten Videoaufnahmen

a) in ihrer Gesamtheit für die Dauer der Behandlung, zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken und zur internen therapeutischen Qualitätssicherung

O ja O nein

b) für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung relevanten Teile, über die Dauer der Behandlung hinaus, unter den Datenschutzrichtlinien des Klinikums Osnabrück, zur Dokumentation archiviert werden.

O ja O nein

c) zu Lehrzwecken im Rahmen der Ausbildung von Studenten oder für die Fortbildungen für Ärzten genutzt werden können

O ja O nein

d) zu Demonstrationszwecken auf öffentlich-wissenschaftlichen Vorträgen genutzt werden dürfen.

O ja O nein

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit und ohne Angaben von Gründen gegenüber dem Klinikum Osnabrück mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen kann, ohne dass daraus Nachteile für die ärztliche Versorgung entstehen.

Mir ist bekannt, dass jegliche Nutzung von Videomaterial zu anderen als den o.g., mit "ja" angekreuzten Zwecken einer gesonderten Zustimmung bedarf.

Name, Vorname PatientIn: _____

Geburtsdatum: _____

Osnabrück, den _____, Unterschrift PatientIn _____

Name, Vorname KlinikmitarbeiterIn: _____

Osnabrück, den _____, Unterschrift KlinikmitarbeiterIn _____