

## Einverständniserklärung zur Fotodokumentation

Erfasst von \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

### Patientendaten

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

weiblich  männlich  divers

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon / Mobil \_\_\_\_\_

Pateinten/Kunden-Nr. \_\_\_\_\_

### Hiermit erkläre ich gegenüber meinem

- Arzt  
 Therapeuten  
 Sanitätsfachhändler

Praxis / Frau / Herrn \_\_\_\_\_

Lymphnetzwerk \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich einverstanden, dass die Fotodokumentation, die im Verlauf der Therapie erstellt wird, für den Arztbericht, sowie für medizinische Ausbildungszwecke und Forschungsarbeit verwendet werden darf.

Die Verwendung der Fotodokumentation ausserhalb der notwendigen Kommunikation der Leistungserbringer, erfolgt in anonymisierter Form und ohne dass die Person erkennbar ist.

Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen und nachteilige Folgen für mich, schriftlich widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient