

Einverständniserklärung für Foto- und Videoaufnahmen im MZEB der St. Lukas-Klinik



Medizinisches Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung (MZEB)

Liebenau Kliniken gemeinnützige GmbH - St. Lukas-Klinik

Ärztliche Leitung: Dr. Jürgen Kolb

Telefon: 07542/10- 5303 Fax: 07542 /10-5404

Anschrift: Siggenweilerstr. 11, 88074 Meckenbeuren

Patient/in: _____ **(Name, Vorname)**

Sehr geehrte Patienten, sehr geehrte Betreuer,

es kann sein, dass für diagnostische Zwecke Fotos und Videoaufnahmen angefertigt werden. Hierfür benötigen wir Ihr Einverständnis. Wir bitten Sie daher, unten stehende Einverständniserklärung auszufüllen und unterschrieben zusammen mit den restlichen Unterlagen an uns zurückzusenden.

Vielen Dank.

Hiermit erkläre ich, _____ **(Name des Patienten)**

oder mein gesetzlicher Vertreter _____ **(Name gesetzl. Vertreter)**

mich damit einverstanden, dass von mir im Rahmen der Untersuchung im MZEB der St. Lukas-Klinik Foto- und Videoaufnahmen angefertigt werden dürfen. Die Foto- und Videoaufnahmen werden ausschließlich zur Auswertung der Untersuchung, Verlaufskontrolle und zu untersuchungsrelevanten Besprechungen genutzt.

An diesen Besprechungen können, wenn es für die Diagnose bzw. Behandlung sinnvoll oder erforderlich ist, auch nicht im MZEB tätige (Fach-)Ärzte und Therapeuten (z.B. Hausärzte, Fachärzte verschiedener Fachrichtungen, Ergotherapeuten, Logopäden, Therapeuten verschiedener weiterer Fachrichtungen, Einrichtungen wie Orthopädietechniker etc.) teilnehmen. An diese Personen bzw. Praxen werden die Foto-/ Videoaufnahmen (sofern notwendig) weitergegeben.

Es wird versichert, dass diese Foto- und Videoaufnahmen weder veröffentlicht noch an unbefugte Dritte weitergegeben werden.

Die Fotos und Videos werden vom MZEB der St. Lukas-Klinik nur für den erforderlichen Zeitraum aufbewahrt, danach werden sie umgehend gelöscht.

Diese Einwilligung ist freiwillig. Sollte ich diese Erklärung nicht unterzeichnet zurücksenden ist mir bewusst, dass im Zuge der Behandlung keine Foto- und Videoaufnahmen angefertigt werden dürfen. Ich bin darüber informiert, dass ich mein Einverständnis zu jeder Zeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann

Datum, Unterschrift Patient

Datum, Unterschrift des gesetzlichen Vertreters