



Einverständniserklärung (Patient)

Für die Weiterentwicklung der Heilbehandlungsmethoden in Medizin, Zahnmedizin und Gesundheitsberufen ist die Aufbereitung von Krankheitsbildern und Behandlungsmethoden unabdingbar. Deshalb erkläre ich mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die gesamten im Rahmen der Behandlung gesammelten Informationen inklusive Bild-, Ton- und Videomaterial – auch bei Erkennbarkeit meiner Person/meines Kindes – zu wissenschaftlichen Zwecken sowie Ausbildungszwecken in der Verlagsgruppe der Thieme Gruppe sowie anderen Verlagen veröffentlicht werden können. Das Material kann dabei mit Angaben über das Krankheitsbild sowie über die Behandlungsmethoden etc. verbunden werden.

Ich entbinde die behandelnden Ärzt*innen hinsichtlich der Veröffentlichung von der ärztlichen Schweigepflicht.

Mein Einverständnis umfasst insbesondere das Recht zur Vervielfältigung und Verbreitung in gedruckter Form (z.B. Zeitschriftenbeitrag, Beitrag in medizinischen Lehrbüchern, sonstige wissenschaftliche und populärwissenschaftliche Publikationen, Broschüre etc.), in digitalen Medien (beispielsweise Lehrfilm, CD-ROM, DVD, Electronic Paper, Datenbanken, Internet-Webseiten, Social Media wie z.B. Xing, Facebook, LinkedIn, Instagram, Youtube, Cloud-basierter Dienst, E-Book, PDF, ePub, App) etc. sowie gegebenenfalls im Rahmen der Covergestaltung oder zur Werbung für derartige Publikationen.

Ich kann mein Einverständnis jederzeit und ohne Angabe von Gründen schriftlich unter der unten angegebenen Adresse der Georg Thieme Verlag KG oder per E-Mail an datenschutz@thieme.de widerrufen. Das Bildmaterial wird dann nicht mehr für Neuauflagen oder neue Drucksachen verwendet, oder es wird so verfremdet, dass ich nicht mehr erkennbar bin (z. B. durch Bildbearbeitung mit grafischem Filter). Dies gilt ebenso für Neuauflagen von digitalen Medien und neuen Werken in digitaler Form. Darüber hinaus wird das Bildmaterial auch aus den jeweils aktuellen Online-Angeboten entfernt bzw. wird dieses ebenfalls so verfremdet, dass ich nicht mehr erkennbar bin.

Mir ist bekannt, dass die Erteilung oder Ablehnung des Einverständnisses keinen Einfluss auf meine medizinische Behandlung hat. Ich erhalte durch die Erteilung des Einverständnisses keine Vorteile; die Ablehnung ist für meine Behandlung nicht nachteilig.

Diese Einverständniserklärung kann für Nachweiszwecke an den Verlag übermittelt werden.

.....
Name der dargestellten Person (*bitte deutlich schreiben*)

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift der dargestellten Person
(Kinder ab 14 Jahren)

.....
Bei Personen **unter 18 Jahren** bzw. **betreuten** Personen
zusätzlich Unterschrift der gesetzl. Vertreter / **beider** Eltern /
des*der Betreuer*in

Bitte ausfüllen, soweit bekannt!

.....
Autor*in / Einsender*in (Name, E-Mail)

.....
Titel des Artikels / Kapitels

.....
Titel der Zeitschrift / des Buches / des Produkts

.....
Ansprechpartner*in im Verlag (Name, E-Mail)

.....
Beschreibung des Materials
z.B. Bild / Screenshot / Beschreibung von Tonmaterial