



UNIVERSITÄTS KLINIKUM HEIDELBERG

Universitätsklinikum Heidelberg | Im Neuenheimer Feld 672 | 69120 Heidelberg

Prof. Dr. Rebecca Schüle

Sektionsleiterin
Sektion Neurodegeneration und
Bewegungsstörungen
Neurologische Klinik

24.02.24

Aufklärung über Video-, Bild- und Tonaufnahmen

Ich bin darüber informiert worden und bin damit einverstanden, dass Teile meiner Untersuchung und Behandlung in Form von Ton- und Bildaufnahmen aufgezeichnet werden, um meinen Gesundheitszustand besser einordnen und die Qualität meiner Behandlung verbessern zu können.

Möglicherweise werde ich auf diesen Aufnahmen eindeutig zu erkennen sein. Die Aufnahmen werden nur Personen gezeigt, die in meine Behandlung einbezogen sind und der Schweigepflicht unterliegen.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zur Aufzeichnung und Speicherung dieser Daten mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Datum	Name, Vorname (Druckschrift)	Unterschrift
-------	------------------------------	--------------

Zusatz für Demonstrationen

Ich gebe mein Einverständnis, dass im Rahmen der Behandlung erstellte Video-, Bild- und Tonaufnahmen, auf denen ich persönlich zu sehen und/oder zu hören bin, zu Weiterbildungs- und Forschungszwecken ohne weitere Angaben zu meiner Identität auch weiteren Personen gezeigt werden können.

Mit der Veröffentlichung in folgendem Rahmen bin ich einverstanden:

Wissenschaftliche Kongresse	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Weiterbildungsveranstaltungen	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Medizinische Fachzeitschriften	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN

Im Neuenheimer Feld 400
69120 Heidelberg
Tel. +49 6221 56-310 173
Fax +49 6221 56-5461
ndeg.neu@
med.uni-heidelberg.de
<https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/neurologische-klinik/neurologie-und-poliklinik/ueber-uns/sektion-neurodegeneration/>



Die Einverständniserklärung für die Video- / Bild- / Tonaufnahme ist freiwillig. Ich kann diese Erklärung jederzeit widerrufen. Im Falle einer Ablehnung oder eines Rücktritts entstehen für mich keinerlei Kosten oder anderweitige Nachteile.

Ich hatte genügend Zeit für eine Entscheidung. Ich habe alles gelesen und verstanden und erkläre mich hiermit mit einer Nutzung der Video-, Bild- und Tonaufnahmen zu o.g. Weiterbildungs- und Forschungszwecken einverstanden.

Eine Ausfertigung dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Name der Patientin / des Patienten: _____

Unterschrift: _____

Ort, Datum: _____

Name der Ärztin / des Arztes: _____

Unterschrift: _____

Ort, Datum: _____