

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG WUNDDOKUMENTATION

Name der Patientin / des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Einwilligung zur Wunddokumentation:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung eine umfassende Wunddokumentation durchgeführt wird. Diese umfasst fotografische Aufnahmen, schriftliche Dokumentation und ggf. digitale Speicherung der Daten.

Zweck und Verwendung der Daten:

Die erhobenen Daten dienen ausschließlich der medizinischen Behandlung, Beurteilung des Heilungsverlaufs und Qualitätssicherung. Die Daten werden vertraulich behandelt und nicht ohne meine ausdrückliche Zustimmung an Dritte weitergegeben.

Widerrufsrecht:

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Die bis zum Widerruf erfolgte Datenverarbeitung bleibt davon unberührt.

Datenschutz:

Die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten erfolgt gemäß den Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Ich wurde über meine Rechte informiert.

Patientin / Patient

Behandelnde Fachkraft

Unterschrift: _____

Unterschrift: _____

Datum: _____

Datum: _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://persoenliche-dokumente.com/einverstandniserklärung-wunddokumentation/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://persoenliche-dokumente.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.