



Einverständniserklärung

Name:	Mustermann	Strasse:	Musterstr.11
Vorname:	Max	Wohnort:	33445 Musterstadt
Geb.-Datum:	22.07.1931	Tel.:	03495/ 26885

Hiermit erteile ich meinem Pflegedienst:
Demo Pflegedienst - Brönnnerstraße 17 - 60313 Frankfurt am Main

für die Zeit meiner Versorgung die Erlaubnis,
dass eine Fotodokumentation zu rein medizinischen Zwecken EDV geschützt erfasst
und zur Vereinfachung der Beurteilung geführt werden darf.

Ich habe davon Kenntnis, dass meine personenbezogenen Daten sowie Gesundheitsdaten
erhoben, verarbeitet und im Rahmen der Zweckbestimmung an Arzt und Kostenträger
übermittelt werden können.

Ich kann eine Übermittlung meiner Daten verweigern und eine bestehende Einwilligung
zu jeder Zeit und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Unterschrift des Patienten, oder Betreuer/-Angehörige

Die Einverständniserklärung wurde verlesen von Frau/Herr _____

Ort-/Datum: Unterschrift des Pflegepersonals