



Einwilligungserklärung

Für die Weiterentwicklung der Heilbehandlungsmethoden in Medizin und Zahnmedizin ist die Aufbereitung von Krankheitsbildern und Behandlungsmethoden unabdingbar.

Deshalb erkläre ich mich ausdrücklich damit einverstanden, dass das gesamte im Rahmen der Behandlung angefertigte Bildmaterial – auch bei Erkennbarkeit meiner Person/meines Kindes – zu wissenschaftlichen Zwecken sowie Ausbildungszwecken in der Verlagsgruppe des Georg Thieme Verlages sowie anderen Verlagen veröffentlicht werden kann. Dies umfasst die Veröffentlichung in (Fach-)Zeitschriften, Lehrbüchern, wissenschaftlichen Publikationen, digitalen Medien (beispielsweise Lehrfilm, CD-ROM, DVD, Electronic Paper, Datenbanken, Internet) etc. sowie gegebenenfalls im Rahmen der Covergestaltung oder zur Werbung für derartige Publikationen.

Das Bildmaterial kann dabei mit Angaben über das Krankheitsbild sowie über die Behandlungsmethoden etc. verbunden werden.

....., den

Ort

Datum

.....
Unterschrift

.....
ggf. Unterschrift der gesetzl.
Vertreter/des Betreuers

Vom Autor auszufüllen:

Name des Autors:
Zeitschrift:
Titel des Manuskripts:
ggf. Manuskript-Nummer:

Bitte ausgefüllt zurück an den Verlag faxen +49 (0)711/8931-107.



Consent Form

Illustrations are an essential tool for teaching medicine and dentistry and for researching and developing new treatment options.

For this reason I hereby give my consent that Georg Thieme Verlag KG Publishing Group and other publishing houses may use all photographs and other forms of illustration taken during my/my child's treatment in their educational and/or other scientific publications, even if my identity/my child's identity is recognizable. This includes reproduction and publication in (scientific) journals, textbooks, scientific documentation, electronic media formats (e.g. educational film, CD-ROM, DVD, electronic paper, databases, internet) etc. It also includes use as cover illustration and in the promotional material produced for such publications.

I understand that these illustrations may be accompanied by explanations of the clinical picture, possible treatment options and other medical or scientific information.

.....,

Place

Date

.....
Signature

.....
Signature of Legal Representative
(if applicable)

To be filled in by the author:

Name of author:

Journal:

Titel of manuscript:

Manuscript no., if applicable:

--

Please fax the completed form back to the publisher +49 (0)711/8931-107.