

Einwilligungserklärung zu Darstellungen von Personen

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

Deshalb erkläre ich mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die gesamten im Rahmen der Behandlung gesammelten Informationen inklusive 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 Material kann dabei mit Angaben über das Krankheitsbild sowie über die Behandlungsmethoden etc. verbunden werden.

Vom Patienten / der dargestellten
Person auszufüllen:

Ort, Datum

Unterschrift

Name des Patienten/der dargestellten Person in Druckbuchstaben

ggf. Unterschrift der gesetzlichen Vertreter/des Betreuers

Vom Autor auszufüllen:

Name des Autors

Das Gesundheitswesen

Zeitschrift

Titel des Manuskriptes

Statement of Consent

The use of individual cases and treatments is essential for progress of science and medical and dental treatment.

For this reason, I hereby grant my consent for the publishing group of Georg Thieme Verlag KG and other publishing houses to use all informations produced as a result of the treatment for scientific or educational purposes, even though my identity/my child's identity may be recognized. This includes the reproduction and publication in (scientific) journals, textbooks, scientific documentation, electronic media forms (e. g. educational film, CD-ROM, DVD, electronic paper, databases, internet) etc. This includes also usage as cover illustration or for advertisement of such publications. I also grant consent to link the informations with the clinical picture and medical therapy.

To be filled in by the patient:

City, Date

Signature

Name in block letters

Signature of Legal Representative (if applicable)

To be filled in by the author:

Name of author

Das Gesundheitswesen

Journal

Title of manuscript