

Patientenaufklärung & Einwilligung

zur Datenverarbeitung und Fotodokumentation



Name, Vorname : _____

Geburtsdatum : _____

1. Datenschutzerklärung (gemäß DSGVO)

Ich wurde darüber informiert, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung personenbezogene Daten erhoben, gespeichert und verarbeitet werden. Dies umfasst insbesondere:

- Stammdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum)
- Gesundheitsdaten (Diagnosen, Befunde, Arztbriefe, Laborwerte)
- Abrechnungsdaten

Die Verarbeitung dieser Daten erfolgt ausschließlich zum Zweck der medizinischen Behandlung sowie der Abrechnung ärztlicher Leistungen und auf Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen (DSGVO, SGB V, Berufsordnung der Ärzte).

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass:

- meine Daten vertraulich behandelt werden,
- nur befugte Personen Zugriff auf diese Daten haben,
- ich jederzeit Auskunft über meine gespeicherten Daten verlangen kann,
- ich das Recht auf Berichtigung oder Löschung habe, soweit keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten bestehen.

Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß DSGVO ein.

Stand: 16.03.2026, Seite 1

Patientenaufklärung & Einwilligung

zur Datenverarbeitung und Fotodokumentation



2. Einwilligung zur Fotodokumentation

Im Rahmen meiner medizinischen Behandlung kann es erforderlich sein, Fotoaufnahmen (z. B. von Hautbefunden, Wunden, Verletzungen oder Behandlungsverläufen) anzufertigen.

Die Fotos dienen ausschließlich:

- der medizinischen Dokumentation,
- der Verlaufskontrolle der Behandlung,
- der Qualitätssicherung.

Die Aufnahmen werden:

- vertraulich behandelt,
- in meiner Patientenakte gespeichert,
- nicht an Dritte weitergegeben,
- nicht für Werbung oder Veröffentlichungen verwendet.

Ich willige in die Anfertigung und Speicherung medizinischer Fotoaufnahmen ein.

3. Widerrufsrecht

Ich kann meine Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung.

Ich habe die vorstehenden Informationen gelesen und verstanden. Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen und wurde ausreichend aufgeklärt.

Ort, Datum : _____

Unterschrift Patient/in : _____

*bei Minderjährigen:
gesetzlicher Vertreter*

Stand: 16.03.2026, Seite 2