

Einwilligung zur Fotodokumentation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieser Dokumentationsbogen dient dazu Ihre Einwilligung zu erhalten, sodass Ihr gegenwärtiger Behandlungsstatus sowie der gesamte Behandlungsverlauf anhand von Bildmaterial dokumentiert werden kann.

Die gemachten Bilder werden nicht ohne zusätzliche Einwilligung Ihrerseits veröffentlicht, in Zusammenhang mit Publikationen verwendet oder an Dritte weitergegeben. Zudem werden Sie als Person – zum Schutz Ihrer Privatsphäre – bei Aufnahmen des gesamten Kiefers, worauf das restliche Gesicht zu erkennen ist, unkenntlich gemacht.

Diese Fotos dienen lediglich dazu die Behandlungsmaßnahmen besser zu planen und den Behandlungsfortschritt eindeutig auswerten zu können.

Mit nachfolgender Unterschrift geben Sie mir Ihre schriftliche Erlaubnis für den Zeitraum der Behandlung Bilder zur Dokumentation anzufertigen.

Sollten Sie im Verlauf der Behandlung Ihre Meinung hierzu ändern, können Sie selbstverständlich in Absprache mit mir als Ihrem Behandler von dieser Einwilligung zurücktreten.

Art des zahnärztlichen Eingriffes: _____

Ende der zahnärztlichen Therapie: _____ . _____ . 20_____

Daten zur Person:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ . _____ . _____

Anschrift: _____

Erklärung der Patientin / des Patienten

- Einwilligung Ablehnung
- Nach dem Aufklärungsgespräch fühle ich mich voll informiert und aufgeklärt. Meine Fragen, insbesondere über die Art des Eingriffs, seine Vor- und Nachteile und die Alternativen wurden ausreichend beantwortet und mögliche Komplikationen besprochen.
- Ich willige nach reiflicher Überlegung in den vorgesehenen Eingriff ein sowie in Änderungen und Erweiterungen des Verfahrens, wenn diese während des Eingriffs notwendig oder geraten erscheinen. Mit Neben- und Folgeeingriffen bin ich einverstanden.
- Die Fragen zu den Vorerkrankungen habe ich nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet. Die Verhaltenshinweise werde ich befolgen.
- Ich habe die mitgeteilten Einschränkungen zur Verkehrstauglichkeit zur Kenntnis genommen und werde sie beachten.
- Mein Arzt hat mich intensiv und unmissverständlich über die möglichen Folgen einer Verweigerung aufgeklärt. Ich lehne den Eingriff trotzdem strikt ab!

Daten zur Person:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____._____._____

Anschrift: _____

Unterschrift des Patienten / des Entscheidungsberechtigten

Datum: _____._____._____ Uhrzeit: _____ Frankfurt am Main

Unterschrift des behandelnden Arztes: Dr. med. dent. Thomas Dobbertin

Datum: _____._____._____ Uhrzeit: _____ Frankfurt am Main

Datum des geplanten Eingriffs: _____._____._____