

**Medizinisches
Behandlungszentrum für
Erwachsene mit Behinderung**

Chefärztin

Dr. med. Sabine Lindqulst, PhD
Fachärztin für Neurologie, Sozialmedizin
Sekretariat

Telefon: +49 391 8505-520
Telefax: +49 391 8505-530
E-Mail: mzeb@pfeiffersche-stiftungen.de

**MVZ des Klinikums Cracau
der Universitätsmedizin
Magdeburg**

Geschäftsführer

Thomas Pfeiffer

MVZ Cracau der Universitätsmedizin
Magdeburg gGmbH
Pfeifferstraße 10
39114 Magdeburg

Telefon: +49 391 8505-0
Telefax: +49 391 8505-9980

E-Mail: blkh@pfeiffersche-stiftungen.de
mvz-cracau.de

HR-Nr./Amtsgericht:
Amtsgericht Stendal HRB 5779

Steuernummer:
102/105/90469

Finanzamt:
FA Magdeburg

Betriebsnummer:
14489167

Ust-IdNr.:
DE295244176

Gesellschafter:
Klinikum Cracau bei Pfeiffers
der Universitätsmedizin

Einwilligungserklärung- Foto- und Videoaufnahmen

Wir möchten im Zusammenhang mit Ihrer¹ Behandlung im MZEB Fotos von Ihnen anfertigen, um Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bzw. Besonderheiten z.B. der Haut, des Gesichtes, der Körperhaltung oder Wunden zu dokumentieren. Zudem ist es unter bestimmten Umständen hilfreich, Videos, z.B. von einer Bewegungsstörung, anzufertigen. Diese Fotos oder Videos können, falls notwendig, auch an weiterbehandelnde Ärzte weitergegeben werden.

Für den Fall, dass Sie die Einwilligungserklärung nicht abgeben möchten, stellen wir ausdrücklich fest, dass dies für Sie mit keinerlei Nachteilen verbunden ist. Die Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Ich, _____,
(Vor- und Nachname)

willige ein, dass

Foto- und ggf. Videoaufnahmen von mir im Zusammenhang mit der Dokumentation der Behandlung im MZEB erstellt und gespeichert werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in/
ggf. gesetzlicher Betreuer

¹ Diese Einwilligungserklärung richtet sich formal an den Betreuten. Aufgrund der Betreuungssituation kann sich jedoch stellvertretend der gesetzliche Vormund angesprochen fühlen.