

Einwilligungserklärung

von behandelten Personen



Arbeitsgemeinschaft
Dynamisches Digitales
Modell

Zweck

Anfertigung von Film-/Bildmaterial für die Bewerbung der unten genannten behandelnden Person zur Ausschreibung „Praxispreis“ der AG DDM

Gemäß § 22 des Gesetzes betreffend das Urheberrecht an Werken der bildenden Künste und der Fotografie dürfen Bildnisse nur mit Einwilligung des Abgebildeten verbreitet oder öffentlich zur Schau gestellt werden.

Mir ist bekannt, dass die unten genannte behandelnde Person sich für den „Praxispreis“ der AG-DDM bewirbt. Dieser wird für Fallvorstellungen, Präsentationen oder Videos vergeben, die Besonderheiten, Anregungen, Arbeitsschritte sowie Tipps beim Einsatz des dynamischen digitalen Modells in konkreten Patientensituationen darstellen. Im Rahmen dieser Bewerbung wird die behandelnde Person personenbezogene Daten in Form von Film-/Foto-/3D-/ oder Röntgenaufnahmen, die während meiner Behandlung oder aber speziell für die Bewerbung erstellt werden, ohne Nennung meines Namens bei der AG-DDM einreichen.

Ihre Einwilligung

Ich willige ein, dass ich durch die unten genannte behandelnde Person im Rahmen der Behandlung oder speziell zum Zwecke der Anfertigung von Film-/Bildmaterial für die Bewerbung zur Ausschreibung „Praxispreis“ der AG-DDM (digital) gefilmt, fotografiert, 3D-gescannt oder geröntgt werde. Mit einer Weitergabe an die AG-DDM bin ich ausdrücklich einverstanden. Ebenso bin ich damit einverstanden, dass das Bildmaterial von der AG-DDM im Rahmen von Vorträgen und Publikationen veröffentlicht und auf Wissensportalen verbreitet wird.

Mir ist bewusst, dass es zu einer Verarbeitung von personenbezogenen Daten bzw. Gesundheitsdaten im Sinne der DS-GVO kommt. Damit bin ich ausdrücklich einverstanden. Ich erhalte für die Anfertigung der Aufnahmen keine Entlohnung. Ebenso ist mir bekannt, dass Informationen, die im Internet veröffentlicht werden, weltweit zugänglich sind, mit Suchmaschinen gefunden und mit anderen Informationen verknüpft werden können, woraus sich unter Umständen Persönlichkeitsprofile über mich erstellen lassen. Ebenso ist mir bewusst, dass ins Internet gestellte Informationen einschließlich Fotos problemlos kopiert und weiterverbreitet werden können.

Behandelte Person (Patientin, Patient)

Datum Unterschrift
der behandelten Person oder gesetzlichen Vertreters

Name Vorname

Ihr Widerrufsrecht

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit formlos mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Eine E-Mail an info@ag-ddm.de genügt. Mir ist bekannt, dass der Widerruf die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung von Daten bis zum Zeitpunkt der Widerrufserklärung nicht berührt.

Behandelnde Person (Ärztin, Arzt)

Datum Unterschrift
der behandelnden Person

Name Vorname

Praxis/Universität

Empfänger der unterzeichneten Erklärung

AG DDM e. V
Arbeitsgemeinschaft Dynamisches Digitales Modell
Postfach 11 05

oder per E-Mail an: praxispreis@ag-ddm.de

76308 Malsch

Infos zum Datenschutz: <https://www.ag-ddm.de/datenschutz>
FB 01 2023 01