

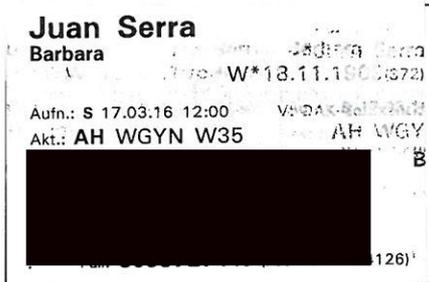
Einwilligung

Schriftliche Einverständniserklärung zur Veröffentlichung nicht personenbezogener Daten und Bilder

Verantwortlich

Anrede	Herr	Einrichtung	Frauenklinik
Titel	Dr. med.	Campus	CVK
Name	██████████	Telefon	██████████
Vorname	Klaus	Email	klaus.pietzner@charite.de

Patienten-Klebchen



Hiermit gebe ich mein schriftliches Einverständnis in die Veröffentlichung/Speicherung/elektronische Verarbeitung meiner anonymisierten krankheitsbezogenen Daten durch Herrn Dr. Klaus Pietzner. Es ist ihm hiermit gestattet, krankheitsbezogene Daten und Photographien von mir **in anonymisierter Form**, zum Zwecke der medizinischen Fort- und Weiterbildung in Vorträgen zu zeigen und/oder in medizinischen Journalen zu veröffentlichen.

Berlin, den

██
Patientin (Vorname, Nachname)

██
Patientin (Unterschrift)