

# Einwilligungserklärung

Für die Einwilligung eines Patienten zur Veröffentlichung von Bildern und/oder Informationen zu seiner Person als Fallbericht/Case Report

Name des Patienten:



Beziehung zum Patienten (wenn der Patient diese Erklärung nicht unterzeichnet):



Beschreibung des Fotos, Bilds, Texts oder sonstigen Materials (**Material**) zur Person des Patienten (Eine Kopie des Materials sollte dieser Einwilligungserklärung beigelegt sein)

Vorläufiger Titel des Artikels, in dem das Material erscheinen wird:



## EINWILLIGUNG

Ich , [VOLLER NAME IN DRUCKBUCHSTABEN], erteile meine Einwilligung, dass Material über mich/den Patienten in einer Veröffentlichung erscheint.

**Ich bestätige, dass ich:** (zur Bestätigung bitte Kästchen ankreuzen)

- das Foto, Bild, den Text oder sonstiges Material über mich/den Patienten gesehen habe,**
- den Artikel, der eingereicht werden soll, gelesen habe,**
- gesetzlich befugt bin, diese Einwilligung zu erteilen.**

Ich bin mir über Folgendes im Klaren:

- (1) Das Material wird veröffentlicht, ohne dass mein Name/der Name des Patienten erwähnt wird, ich bin mir aber darüber im Klaren, dass völlige Anonymität nicht garantiert werden kann. Es ist möglich, dass jemand irgendwo – beispielsweise jemand, der sich um mich/den Patienten gekümmert hat oder ein Verwandter – mich/den Patienten erkennen könnte.
- (2) Das Material kann Einzelheiten der Erkrankung oder Verletzung und Prognose, Behandlung oder Operation meiner Person/des Patienten zeigen oder beinhalten, die ich/der Patient hatte oder möglicherweise in der Zukunft haben werde/wird.
- (3) Der Artikel wird möglicherweise in einer Fachzeitschrift veröffentlicht, die weltweit vertrieben wird. Diese Veröffentlichungen sind hauptsächlich für Ärzte und andere Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen bestimmt, können aber auch von zahlreichen anderen Personen eingesehen werden, darunter Wissenschaftler, Studenten und Journalisten.
- (4) Der Artikel einschließlich des Materials kann Gegenstand einer Presseveröffentlichung sein und von sozialen Medien verlinkt und/oder für andere Werbemaßnahmen verwendet werden.
- (5) Der Wortlaut des Artikels wird vor der Veröffentlichung hinsichtlich Stil, Grammatik und Einheitlichkeit überarbeitet.
- (6) Ich/der Patient werde/wird keinerlei finanziellen Nutzen aus der Veröffentlichung des Artikels haben

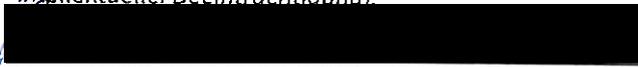
- (7) Der Artikel kann auch ganz oder teilweise in anderen Veröffentlichungen und Produkten verwendet werden, die von anderen Herausgebern veröffentlicht werden. Dazu gehören die Veröffentlichung in englischer Sprache und in Übersetzung, in Druckform, in Digitalformat und in jedem anderen Format, das von Herausgebern jetzt oder in der Zukunft verwendet werden könnte. Der Artikel kann in Lokalausgaben von Fachzeitschriften oder anderen Veröffentlichungen erscheinen, die im Vereinigten Königreich und im Ausland veröffentlicht werden.
- (8) Ich kann meine Einwilligung jederzeit vor der Veröffentlichung widerrufen, aber sobald der Artikel für die Veröffentlichung freigegeben ist („in Druck gegangen ist“), ist es nicht mehr möglich, die Einwilligung zu widerrufen.
- (9) Die Einwilligungserklärung wird in Einklang mit dem Gesetz nicht länger als notwendig sicher und vertraulich gespeichert.

Bitte kreuzen Sie die Kästchen an, um Folgendes zu bestätigen:

- Ich/der Patient hat die Möglichkeit gehabt, Kommentare zu dem Artikel abzugeben, und ich bin davon überzeugt, dass diese Kommentare gegebenenfalls in dem Artikel berücksichtigt werden.

Unterzeichnet:  Name in Druckbuchstaben:   
 Adresse:  E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_  
 Telefon-Nr.: 

Wenn Sie im Namen des Patienten unterzeichnen, geben Sie bitte den Grund an, warum der Patient nicht selbst zustimmen kann (beispielsweise ist der Patient verstorben, unter 18 Jahre alt oder leidet unter kognitiver oder intellektueller Beeinträchtigung).

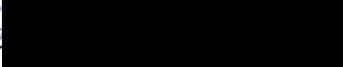
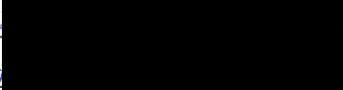
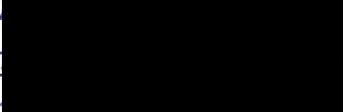
 Datum: \_\_\_\_\_

- Wenn Sie für eine Familie oder eine andere Gruppe unterzeichnen, kreuzen Sie bitte das Kästchen an, um zu bestätigen, dass alle betroffenen Familien- oder Gruppenmitglieder entsprechend informiert wurden.

**Wenn es sich bei dem Patienten um ein Kind im Alter von 7 Jahren oder älter handelt, muss dieses ebenfalls seine Einwilligung bestätigen:**

Unterzeichnet: \_\_\_\_\_ Name in Druckbuchstaben: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

**Details der Person, die dem Patienten oder dessen Vertreter (z. B. dem entsprechenden Verfasser oder einer anderen Person, die befugt ist, die Einwilligung einzuholen), die Einwilligungserklärung erläutert oder übergeben hat.**

Unterzeichnet:  Name in Druckbuchstaben:   
 Stellung:  Adresse:   
 Institution:  42 10   
 E-Mail-Adresse:  Telefon-Nr.: 0043   
 Datum: 7. 