



## Einverständniserklärung Patientenfoto

Name des Erklärenden: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis für das Führen meiner Patientenakte ein Foto von mir aufnehmen und (ausschließlich) zu Identifizierungszwecken benutzen darf.

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name