

Titel: Dokument	Version 4.0	Carl-von-Heß'sche Sozialstiftung Hammelburg
Gültigkeitsbereich: Pflegedienst	Seite 1	
Dokumenten-Nr.: CvH-PD-DOKU-17		

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Fotografische Wunddokumentation

Datum:

Wohnbereich: Dr. Maria Probst Seniorenheim

Bewohner (Vor-/Zuname):

An- / Zugehöriger oder Betreuer:
(Vor-/Zuname, ggf. Telefonnummer)

Hiermit erkläre ich mich mit der digitalen Fotodokumentation von dem geschädigten oder verletzten Hautbereich (Wunde) einverstanden.

Ich wurde von einer Pflegefachkraft über die Vorgehensweise aufgeklärt und mir ist bekannt, dass ich jederzeit Einsicht verlangen und diese Erklärung widerrufen kann.

Die Fotoaufnahmen und alle damit verbundenen Daten werden streng vertraulich behandelt und nur mit meiner Zustimmung an Dritte (*behandelnder Arzt, Wundexperte*) weitergegeben.

- Mit der Weitergabe der Fotos an Dritte bin ich einverstanden.
- Mit der Weitergabe der Fotos an Dritte bin ich *nicht* einverstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

	Erstellt	Überarbeitet	Freigegeben	Überarbeitung Dezember 2021
am:	22.02.2018	03.12.2019	12.12.2019	
von:	QZ Pflegestandards	QZ Pflegestandards	Ltg. QM / Frau Manger	