

Titel: Dokument	Version 5.0	Carl von Heß Sozialstiftung Hammelburg
Gültigkeitsbereich: Pflegedienst	Seite 1	
Dokumenten-Nr.: CvH-PD-DOKU-17		

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Fotografische Wunddokumentation

Datum:

Wohnbereich:

Bewohner*in (Vor-/Zuname):

An-/Zugehörige 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 November 2023
am:	03.12.2019	23.11.2021	06.12.2021	
von:	QZ Pflegestandards	QZ Prozessmanagement	Ltg. QM / Frau Manger	