

Titel: Dokument	Version 7.0	Carl von Heß Sozialstiftung Hammelburg
Gültigkeitsbereich: Pflegedienst		
Dokumenten-Nr.: CvH-PD-DOKU-17	Seite 1	

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Fotografische Wunddokumentation

Wohnbereich:

Bewohner*in (Vor-/Zuname):

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

- ☐ **Ich bin damit einverstanden**, dass von meinem geschädigten oder verletzten Hautbereich (Wunde) digitale Fotoaufnahmen zur pflegerischen und medizinischen Dokumentation, Beurteilung und Verlaufskontrolle erstellt werden.

Ich wurde von der Pflegefachkraft über die Vorgehensweise informiert und darüber aufgeklärt, wie die Fotos aufgenommen, gespeichert und verwendet werden.

- ☐ **Ich bin nicht damit einverstanden**, dass von meinem geschädigten oder verletzten Hautbereich (Wunde) digitale Fotoaufnahmen erstellt werden.

Mir ist bekannt, dass:

- ich jederzeit Einsicht in die Aufnahmen verlangen kann.
- ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.
- die Fotoaufnahmen und alle damit verbundenen Daten streng vertraulich behandelt und nur zu den genannten Zwecken verwendet werden.
- Daten auf Grundlage meiner Einwilligung gemäß DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. a und Art. 9 Abs. 2 lit. a verarbeitet werden.

Weitergabe an Dritte (Behandelnde Ärzte, Wundexperten etc.)

- ☐ Ich bin mit der Weitergabe der Fotos an die für meine Behandlung erforderliche Dritte **einverstanden**.
- ☐ Ich bin mit der Weitergabe der Fotos an Dritte **nicht einverstanden**.

Datum: _____

Unterschrift Bewohner*in / Betreuer: _____

Datum: _____

Unterschrift Pflegefachkraft: _____

	Erstellt	Überarbeitet	Freigegeben	Überarbeitung November 2027
am:	07.02.2024	25.11.2025	16.12.2025	
von:	QZ Pflegestandards	QZ Pflegestandards / DSB Herr Bühner	Ltg. QM / Frau Manger	