

Patienteneinwilligungserklärung

zur Bild- und Tonaufzeichnung diagnostisch/therapeutischer Behandlungen
für Ausbildungszwecke

Ich (Name, Vorname):.....,
geboren am
wohnhaft in

bin über das Vorhaben, eine Bild- und Tonaufzeichnung von meiner diagnostischen/therapeutischen Behandlung am für Ausbildungszwecke anzufertigen, durch Herrn/Frau ausführlich informiert worden, einschließlich über den Umfang des geplanten Verwendungszwecks. Ich hatte ausreichend Gelegenheit meine Fragen zu stellen, die alle umfassend beantwortet wurden. Das „Informationsblatt zum Halleschen Medizinischen eLearning (HaMeel) (Version)“ und diese Einwilligungserklärung habe ich gelesen, verstanden und jeweils eine Kopie erhalten. Ich bin darüber informiert worden, dass mein Gesicht auf der Bildaufzeichnung zu erkennen ist / mein Gesicht auf der Bildaufzeichnung durch geeignete Maßnahmen unkenntlich gemacht wird. (Nichtzutreffendes bitte streichen)

Ich willige ein, dass im Beisein der im Informationsblatt genannten Personen von meiner diagnostisch/therapeutischen Behandlung am eine Bild- und Tonaufzeichnung angefertigt wird und dabei Daten zu meiner Person, zur medizinischen Behandlung, Diagnostik oder Nachsorge aufgenommen werden. Ich willige ein, dass die Aufzeichnung durch Mitarbeiter der Universität wie im Informationsblatt beschrieben bearbeitet wird. Die Rubrik „Wie steht es mit der Vertraulichkeit der erhobenen Befunde zu ihrer Person?“ in der Information habe ich gelesen. In Kenntnis dessen willige ich ferner ein, dass die Aufzeichnung in das passwortgeschützte Content-Management-System ILIAS, welches über eine Schnittstelle mit Stud.IP verbunden ist, aufgenommen wird. Ich bin damit einverstanden, dass die immatrikulierten Studenten der Humanmedizin, der Zahnmedizin und der Pflege- und Gesundheitswissenschaft sowie die Lehrenden und die von ihnen gesondert benannten Mitarbeitern der HaMeel- Gruppe ^{1*} aus diesen Bereichen Einblick in die Bild- und Tonaufzeichnung zum Zweck der Ausbildung und Lehre nehmen dürfen.

¹ Bei Bedarf können die Mitarbeiter namentlich benannt werden.

I. Freiwilligkeit und Widerruf der Einwilligung

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Abgabe dieser Einwilligung zur Bild- und Tonaufzeichnung diagnostisch/therapeutischer Behandlungen zu Ausbildungszwecken freiwillig ist und eine Nichtteilnahme keinerlei Einfluss auf meine medizinische Behandlung hat. Die Verwendung der Bild- und Tonaufzeichnung ist unbefristet. Mir ist zugesichert worden, dass ich die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Im Falle des Widerrufs wird die Medizinische Fakultät die Aufzeichnung unverzüglich aus ILIAS entfernen. Die Aufzeichnung ist somit nicht mehr über das Medienarchiv der HaMeel-Gruppe im ILIAS oder über Lehrveranstaltungen im Stud.IP zugänglich.

II. Umfang der Nutzungsrechte

Ich räume der Medizinischen Fakultät Nutzungsrechte an den Aufzeichnungen wie folgt ein:

1. Die Medizinische Fakultät kann die gesamte Aufzeichnung oder Teile der Aufzeichnung in der Ausbildung ihrer Studierenden der Fachbereiche Medizin, Zahnmedizin und der Pflege- und Gesundheitswissenschaft nutzen.
2. Im Rahmen der Nutzung nach Ziffer 1 ist die Medizinische Fakultät berechtigt
 - a) die Aufzeichnungen zu Ausbildungszwecken durchzuführen
 - b) die Aufzeichnungen im Stud.IP/ILIAS für die Dauer der Lehrveranstaltung bereitzustellen
3. Die Medizinische Fakultät darf darüber hinaus im Rahmen der Nutzung nach Ziffer 1 die Aufzeichnung kürzen und/oder bearbeiten und/oder verarbeiten, soweit die Kürzung bzw. Ver-/ Bearbeitung das fotografisch erstellte Abbild nicht manipulativ entstellt.
4. Die Medizinische Fakultät ist berechtigt, die Aufzeichnung zu löschen, wenn kein Bedarf für die Lehre und Ausbildung mehr besteht oder der Arzt bzw. ein betroffener Mitarbeiter seine Einwilligung widerrufen hat.

Halle, den

.....

Unterschrift Patient / Patientin