

## Aufklärung über Videoaufzeichnungen

### Video/ Bild und Tonaufnahmen während der ärztlichen Behandlung

Ich bin darüber informiert worden und bin damit einverstanden, dass Teile meiner ärztlichen Behandlung in Form von Ton- und Bildaufnahmen zum Zwecke der Weiterbildung aufgezeichnet gespeichert werden.

Die Aufnahmen werden nur Personen gezeigt, die der Schweigepflicht unterliegen, in meine Behandlung/ Therapie einbezogen sind und keine vertraulichen Informationen weitergeben.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zur Aufzeichnung und Speicherung dieser Daten mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

---

Datum

Name, Vorname (Druckschrift)

Unterschrift

### Nutzung zur wissenschaftlichen Begleitung/Fortbildung

Ich gebe mein Einverständnis, dass im Rahmen der Behandlung erstellte >Video / Bild / Tonaufnahmen<, auf denen ich persönlich zu sehen und/oder zu hören bin, zu Demonstrationszwecken ohne weitere Angaben zu meiner Identität in folgenden Veranstaltungsformaten abgespielt werden:

- Nutzung der Filmaufnahme durch wiss. Begleitung (1) zur individuellen Beratung der Praxis und zur Qualitätsentwicklung der Weiterbildung in der ambulanten Allgemeinpädiatrie
- Einsatz der Filmaufnahme bei ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen außerhalb der Praxis (z.B. Qualitätszirkel Weiterbildung). Alle beteiligten Personen sind an die Schweigepflicht gebunden.

### (1) Nutzung zur wissenschaftlichen Begleitung

## Rechtsgrundlage

Das Forschungsteam verarbeitet die von Ihnen erhobenen personenbezogene Daten auf Basis Ihrer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a DSGVO. Sofern besondere Kategorien personenbezogener Daten betroffen sind, verarbeitet das oben genannte Forschungsteam die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten auf Basis Ihrer Einwilligung gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO.

## Ihre Rechte

Im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben haben Sie gegenüber dem Forschungsteam grundsätzlich Anspruch auf:

- Bestätigung, ob Sie betreffende personenbezogenen Daten durch **Dr. Irene Somm** verarbeitet werden,
- Auskunft über diese Daten und die Umstände der Verarbeitung,
- Berichtigung, soweit diese Daten unrichtig sind,
- Löschung, soweit für die Verarbeitung keine Rechtfertigung und keine Pflicht zur Aufbewahrung (mehr) besteht

Darüber hinaus haben Sie das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen, mit der Folge, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, nach Maßgabe Ihrer Widerrufserklärung, durch diesen für die Zukunft unzulässig wird. Dies berührt die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung jedoch nicht.

Bei Fragen können Sie sich an Frau Dr. Irene Somm unter der Telefonnummer 0174/1897877 oder per Email unter [irene.somm@netzwerk-handlungsforschung.de](mailto:irene.somm@netzwerk-handlungsforschung.de) wenden.

## Einverständniserklärung

Die Einverständniserklärung für die >Video / Bild / Tonaufnahme< ist freiwillig. Ich kann diese Erklärung jederzeit widerrufen. Im Falle einer Ablehnung oder eines Rücktritts entstehen für mich keinerlei Kosten oder anderweitige Nachteile.

Ich hatte genügend Zeit für eine Entscheidung. Ich habe alles gelesen und verstanden und erkläre mich hiermit bereit, dass eine >Video / Bild / Tonaufnahme< von mir gemacht wird.

Eine Ausfertigung dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

---

Datum

Name, Vorname (Druckschrift)

Unterschrift