

## Einwilligungserklärung zur Nutzung radiologischen Bildmaterials

Name der Einrichtung / Klinik:

Kontakt für Datenschutz (E-Mail):



Patient / Patientin (Name in Blockbuchstaben):

Geburtsdatum:

Adresse:

Publikationsvorhaben / Lehrmaterial: Case Reports und Fallsammlung Young DGMSR

### 1. Zweck der Einwilligung

Ich erkläre mich einverstanden, dass radiologisches Bildmaterial von mir, aufgenommen im Rahmen meiner medizinischen Untersuchung / Behandlung, verwendet werden darf für:

- wissenschaftliche Arbeiten (z. B. Fachartikel, Fallberichte / Case Reports)
- Fortbildungsveranstaltungen / Vorträge
- Lehr- und Ausbildungsmaterialien
- Veröffentlichung auf medizinischen Plattformen (z. B. Fachjournale, Konferenzen)
- Veröffentlichung in sozialen Medien zu wissenschaftlich-medizinischen Zwecken (z. B. LinkedIn, Instagram)

### 2. Art des Bildmaterials & Verwendung

Das Bildmaterial umfasst (bitte Zutreffendes ankreuzen):

- Röntgenaufnahmen
- MRT / CT / Ultraschall usw.
- digitale Bildverarbeitung (Segmentation, Overlay, 3D-Renderings etc.)
- Ausschnitte / bearbeitete Versionen / Annotationen

Die Verwendung darf erfolgen in:

- Printpublikationen
- Online-Publikationen
- Präsentationen (Vorträge, Poster)

- Webseiten / Blogs / Open Access Plattformen
- Soziale Medien (z. B. LinkedIn, Instagram)

### 3. Anonymisierung / Identifizierbarkeit

- Mein Name wird bei allen Verwendungen **NICHT** genannt.
- Personenbezogene Merkmale (z. B. Name, Adresse, Patienten- oder Versicherungsnummer) werden entfernt oder anonymisiert.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass aufgrund spezifischer Merkmale Rückschlüsse möglich sein könnten.

### 4. Social-Media-Zusatz

Ich willige ein, dass die anonymisierten Bilddaten und ggf. ergänzende Informationen auch auf sozialen Medien (z. B. LinkedIn, Instagram) zu wissenschaftlich-medizinischen Lehrzwecken veröffentlicht werden dürfen. Mir ist bewusst, dass Inhalte auf öffentlichen Plattformen weltweit zugänglich sind und nicht rückwirkend vollständig gelöscht werden können.

### 5. Freiwilligkeit & Widerrufsrecht

- Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen werden. Bereits veröffentlichte Materialien können in der Regel nicht rückwirkend entfernt werden.
- Ein Widerruf hat keine Auswirkungen auf meine Behandlung oder Patientenrechte.

### 6. Dauer der Speicherung & Aufbewahrung

- Die Einwilligung gilt ab Unterzeichnung.
- Bildmaterial und Einwilligung werden so lange gespeichert, wie für das Projekt erforderlich. Nach Ende der Nutzung erfolgt Löschung oder Archivierung gemäß DSGVO.

### 7. Rechte der betroffenen Person

Mir stehen Rechte gemäß DSGVO zu, insbesondere:

- Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung
- Widerspruch, Datenübertragbarkeit
- Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde

### 8. Sonstige Hinweise

- Ich/der Patient werde/wird keinerlei finanziellen Nutzen aus der Veröffentlichung des Artikels haben.
- Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen und eine Kopie dieser Erklärung zu erhalten.
- Falls gesetzlich notwendig, unterschreibt mein gesetzlicher Vertreter / Sorgeberechtigter.

Ort, Datum

Unterschrift der/des verantwortlichen Ärztin / Arztes

---

Unterschrift der Patientin / des Patienten      bzw. Vertreter / Sorgeberechtigter

---