

Patient*in		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Name, Vorname		geb.		
Straße				
PLZ	Ort			
ID Familie	ID Material			

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus



DIE DRESDNER.

Institut für Klinische Genetik
Fetscherstraße 74, Haus 137, Laborbereich
01307 Dresden, Germany

Genetische Ambulanz

Tel.: +49 (0)351 458 2891

Fax: +49 (0)351 458 4316

Email: genetische.ambulanz@uniklinikum-dresden.de

Einwilligung für Fotoaufnahmen

Ich wurde informiert, dass die von mir (bzw. meinem Kind) angefertigten Fotoaufnahmen für den internen Gebrauch bestimmt sind und ein wichtiges diagnostisches Arbeitsmittel darstellen.

Darüber hinaus erkläre ich meine Einwilligung, dass die Fotoaufnahmen verwendet werden dürfen für:

Ausbildungszwecke (Vorlesungen, Vorträge etc.) (anonymisiert)

Ja

Nein

Veröffentlichung in wissenschaftlichen Zeitschriften (anonymisiert)

Ja

Nein

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in / erziehungsberechtigte Person