

## **Anlage 7: Informationsblatt und Einwilligung zur fotografischen Wunddokumentation**

zum Heimvertrag vom **00.00.2017**

### **1. Informationsblatt zur fotografischen Wunddokumentation**

Sehr geehrte Bewohnerin, sehr geehrter Bewohner,  
sehr geehrte Angehörige,

die Gesundheit unserer Bewohner steht für uns an erster Stelle.

Ein wichtiger Baustein dieser Vorsorge ist der Schutz vor und auch die Behandlung jeglicher Art von Wunden.

Es kann im Alltag trotz sorgfältiger Schutzmaßnahmen dazu kommen, dass Hautdefekte auftreten.

Im Rahmen einer fachgerechten Therapie sind wir verpflichtet, den Heilungsprozess sorgfältig zu dokumentieren.

Während der verschiedenen Heilungsstadien werden Fotos gemacht, die der Dokumentation beigelegt werden.

Mit Hilfe dieser Fotos können wir den aktuellen (Wund-)Zustand objektiv festhalten sowie die Wirksamkeit unserer Vorsorgemaßnahmen und unserer Therapien überprüfen und verbessern.

Die Fotos und alle weiteren Daten werden streng vertraulich behandelt und niemals an Dritte weitergegeben.

Sie können diese Fotos auf Wunsch jederzeit einsehen.

Für die Erstellung dieser Fotos benötigen wir Ihre Zustimmung.

Bitte füllen Sie das Formular aus und geben Sie es uns zurück.

Wenn Sie Fragen haben, steht Ihnen jederzeit die Pflegedienstleitung zur Verfügung.

## **2. Einwilligung zur fotografischen Wunddokumentation**

---

Name und Vorname der Bewohnerin/des Bewohners

Geburtsdatum

1. Diese Einwilligung bezieht sich auf folgende Fotos mit Personenabbildungen:  
Auf alle Fotos die im Rahmen der Dokumentation von Wundversorgung und Wundverlauf aufgenommen, gesammelt und archiviert werden.
2. Das Altenzentrum „Erfülltes Leben“ gGmbH, „Haus Abendsonne“ beabsichtigt die o.g. Fotos wie folgt zu nutzen:  
**Ablage und Archivierung in der Bewohnerakte unter Zuordnung zu den Wundbeschreibungen**

Hiermit willige ich in die Veröffentlichung von Fotos zu den Bedingungen der oben genannten Absätze 1 und 2 ein.

Das Informationsblatt zur fotografischen Wunddokumentation habe ich gelesen und verstanden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mir erläutert wurde, welche Vorgehensweise für derartige Fotos notwendig ist, wie die Fotos therapeutisch eingesetzt werden und welche Personen aus ärztlicher und pflegerischer Sicht Zugriff darauf haben.

Auf den Fotos werden der Vor- und Zuname und das Geburtsdatum des Betroffenen sowie das Aufnahmedatum vermerkt.

Wundfotos werden grundsätzlich erst nach der Reinigung der Wunde und unter Kenntlichmachung der Wundgröße unter Zuhilfenahme eines Maßbandes erstellt.

Die Rechteeinräumung an den Fotos erfolgt ohne Vergütung und umfasst auch das Recht zur Bearbeitung, soweit die Bearbeitung nicht entstehend ist.

Für das Zugänglichmachen von Einzelabbildungen erteilt der/die Unterzeichnende lediglich eine jederzeit für die Zukunft widerrufliche Einwilligung.

Die Einwilligung für sonstige personenbezogene Daten (z.B. Namensangaben) kann für die Zukunft jederzeit widerrufen werden. Die Einwilligung kann auch teilweise widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs dürfen personenbezogene Daten und Einzelabbildungen zukünftig nicht mehr für die oben genannten Zwecke verwendet werden und sind unverzüglich aus den entsprechenden Akten zu löschen. Soweit die Einwilligung nicht widerrufen wird, gilt sie zeitlich unbeschränkt.

Die Einwilligung ist freiwillig; aus der Verweigerung der Einwilligung oder ihrem Widerruf entstehen keine Nachteile.

Ort, Datum: **Berlin, 00.00.2017**

---

Unterschrift Bewohner/-in

---

Unterschrift des gesetzlichen Betreuers,  
Vorsorgeberechtigten