



# ZAHNÄRZTLICHE TAGESKLINIK

*Dr. J. Eichenseer & Kollegen*

**Aufklärender Arzt:** .....

**Name des Patienten:**.....

## **Liebe Patientin, lieber Patient,**

es besteht die Möglichkeit, Ihre Behandlung mit der Video- bzw. Digitalkamera aufzuzeichnen. Wir empfehlen Ihnen in Ihrem eigenen Interesse, von dieser Möglichkeit Gebrauch zu machen. Denn in Hypnose kann es vorkommen, dass Sie sich hinterher nicht mehr an alles erinnern können. Es dient Ihrer Sicherheit, wenn die Behandlung dann vollständig dokumentiert ist.

Indem Sie die Aufnahmen außerdem zu Fortbildungszwecken freigeben, können Sie uns helfen, daraus zu lernen.

## **Einverständniserklärung**

### **Videodokumentation**

Ich bin mit der Videoaufzeichnung meiner Behandlung einverstanden.

Ja

Nein

Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass diese Aufzeichnungen als Fortbildungsunterlage verwendet werden können, die nur in fachinternen Kreisen gezeigt und diskutiert werden.

Ja

Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten