



## PATIENTENEINWILLIGUNG ZUR PUBLIKATION VON PATIENT DATEN

Name

---

Geburtsdatum

---

### **Bestätigung der Einwilligung zum anonymen Gebrauch meiner Untersuchungsergebnisse und Fotodokumentationen**

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Berner Augenklinik meine Untersuchungsergebnisse und die dazu gehörende Fotodokumentationen anonymisiert und unter Sicherstellung des Schutzes meiner persönlichen Informationen für Vorträge, Weiterbildungen, Kommunikation (Internet-Homepage, Zeitung usw.) und wissenschaftliche Fragestellungen uneingeschränkt und unentgeltlich nutzen darf.

Bemerkungen und Wünsche

---

---

---

Datum

---

Unterschrift Arzt

---

Datum

---

Unterschrift Patient/In

---