

MEDIZINISCHE AUFNAHMEN — AUSDRÜCKLICHE EINWILLIGUNG

Erklärung der ausdrücklichen Einwilligung

Formular-Nr.: KVKK-002		Rev.-Nr. / Datum: 2026 v09 / 30.07.2026	
PATIENTEN-PROTOKOLL-NR.		DATUM	
TÜRKISCHE ID- / PASSNUMMER		GEBURTSDATUM	
VOR- UND NACHNAME DES PATIENTEN		GESCHLECHT	
DIAGNOSE			

Ausdrückliche Einwilligungserklärung

Sehr geehrte(r) betroffene Person / Elternteil / Vormund / Vertreter(in),

Dieses Formular ist ein von der **KVKK-001 Ausdrücklichen Einwilligungserklärung getrenntes** Dokument. Artikel 5 der KVKK-001 erfasst die Verarbeitung Ihrer medizinischen Fotografien und Videos **ausschließlich zu Zwecken der Diagnose und Behandlung**. Das vorliegende Formular betrifft Verwendungen Ihrer Aufnahmen **außerhalb von Diagnose und Behandlung**.

Sie sind nicht verpflichtet, dieses Formular zu unterzeichnen. Wenn Sie Ihre Einwilligung nicht erteilen, hat dies keinerlei Auswirkungen auf Ihre Untersuchung, Diagnose oder Behandlung und führt zu keinerlei Nachteil in Ihrem Verhältnis zu Ihrem Arzt.

Ihr Arzt **Dr. Özgür Akşan** wird in diesem Text als "**Arzt**" bezeichnet.

1. Von dieser Einwilligung erfasste Aufnahmen

- Während der Untersuchung angefertigte Fotografien
- Während der Operation bzw. des Eingriffs angefertigte Fotografien und Videos
- Vergleichsaufnahmen vor und nach der Behandlung
- Radiologische Aufnahmen wie Röntgen, CT, MRT, Angiographie
- Videoaufnahmen mit Tonaufzeichnung

2. Was Sie vor Ihrer Entscheidung wissen sollten

Die folgenden Punkte sind von besonderer Bedeutung dafür, dass Ihre Einwilligung "auf Aufklärung beruhend" ist. Bitte lesen Sie sie aufmerksam.

Ein Augenbalken oder eine Unkenntlichmachung des Gesichts reicht möglicherweise nicht aus, um Ihre Identität zu verbergen. Unterscheidungsmerkmale wie Augenbrauen, Schnurrbart, Tätowierungen, Narben oder Körperform können Sie erkennbar machen. Auch wenn die Option "mit verborgener Identität" gewählt wird, ist die Möglichkeit einer Wiedererkennung daher nicht vollständig ausgeschlossen.

Im Internet veröffentlichte Inhalte können dauerhaft sein. Nach der Veröffentlichung kann eine Aufnahme von Dritten kopiert, heruntergeladen oder auf andere Plattformen übertragen werden. Wenn Sie Ihre Einwilligung widerrufen, entfernt der Arzt die Inhalte aus seinen eigenen Konten; über von Dritten kopierte Inhalte hat der Arzt jedoch möglicherweise keine Kontrolle.

Sie haben das Recht, die Aufnahme vor der Veröffentlichung zu sehen. Auf Ihren Wunsch wird Ihnen vor der Veröffentlichung gezeigt, welche Aufnahme wo und wie verwendet wird.

Dieses Formular regelt ausschließlich Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten. Die Beschränkungen, die das Gesundheitsrecht für Werbe- und Anpreisungstätigkeiten vorsieht, gelten unabhängig von Ihrer Einwilligung gesondert.

3. Optionen der ausdrücklichen Einwilligung

Bitte kreuzen Sie das Kästchen neben denjenigen Punkten, für die Sie Ihre Einwilligung erteilen, mit einem "X" an. Jeder Punkt ist eine **gesonderte** Einwilligung; das Ankreuzen eines Punktes erfasst die übrigen nicht. Sie können das Formular auch unterzeichnen, ohne einen Punkt anzukreuzen.

A) MEDIZINISCHE FORTBILDUNG IM GESCHLOSSENEN RAHMEN

- ☐ **A1.** Ich willige ein, dass meine Aufnahmen in **Kongressen, Kursen und Lehrveranstaltungen**, deren Teilnehmerkreis auf Angehörige der Gesundheitsberufe beschränkt ist, **mit verborgener Identität** verwendet werden.
- ☐ **A2.** Ich willige ein, dass sie im selben Rahmen in einer Form verwendet werden, in der meine Identität **erkennbar** ist.

B) AKADEMISCHE VERÖFFENTLICHUNG

- ☐ **B1.** Ich willige ein, dass meine Aufnahmen in wissenschaftlichen Artikeln, Büchern und Tagungsbeiträgen **mit verborgener Identität** veröffentlicht werden.
- ☐ **B2.** Ich willige ein, dass sie in denselben Werken in einer Form veröffentlicht werden, in der meine Identität **erkennbar** ist. Bei dieser Option wird mir die betreffende Arbeit vor der Veröffentlichung gezeigt.

C) ÖFFENTLICH ZUGÄNLICHE KANÄLE

- ☐ **C1.** Ich willige ein, dass meine Aufnahmen **mit verborgener Identität** in **informierenden** Inhalten auf der **Website** des Arztes verwendet werden, die Krankheits- und Behandlungsabläufe erläutern.
- ☐ **C2.** Ich willige ein, dass meine Aufnahmen **mit verborgener Identität** in informierenden Inhalten auf den **Social-Media-Konten** des Arztes verwendet werden.
- ☐ **C3.** Ich willige ein, dass sie auf öffentlich zugänglichen Kanälen in einer Form verwendet werden, in der meine Identität **erkennbar** ist.

Veröffentlichungen im Rahmen von C2 und C3 erfolgen ausschließlich auf den nachstehend angegebenen offiziellen Konten des Arztes. Diese Einwilligung erfasst keine Konten anderer Personen oder Einrichtungen.

Konten, für die die Einwilligung erteilt wird

4. Dauer und Widerruf der Einwilligung

Diese Einwilligung gilt bis zu ihrem Widerruf; die maximale Aufbewahrungsfrist ist in der **KVKK-Datenschutzinformation** des Arztes angegeben.

Sie können Ihre Einwilligung **jederzeit und ohne Angabe von Gründen** widerrufen.

Auf Ihren Widerrufsanspruch hin entfernt der Arzt die Aufnahmen **unverzüglich** aus den seiner Kontrolle unterliegenden Kanälen.

Der Widerruf wirkt **für die Zukunft**; er macht Verwendungen, die vor dem Datum des Widerrufs rechtmäßig erfolgt sind, nicht unwirksam.

Bei gedruckten akademischen Veröffentlichungen kann ein Rückruf der Druckexemplare unmöglich sein.

Anträge: Mimar Sinan Mahallesi, Ziya Gökalp Bulvarı No: 28, Daire 1/2, Alsancak, Konak / İZMİR — KEP: ozgur.aksan@hs06.kep.tr

5. Erklärung

Ich habe die vorstehende Aufklärung gelesen und verstanden. Beschränkt auf die von mir angekreuzten Punkte erteile ich **aus freiem Willen und mit meiner aufgeklärten ausdrücklichen Einwilligung** meine Zustimmung zur Verwendung meiner medizinischen Aufnahmen zu den angegebenen Zwecken und auf den angegebenen Kanälen. Mir wurde ausdrücklich mitgeteilt, dass es meinen Behandlungsverlauf nicht beeinflusst, wenn ich keinen der Punkte ankreuze.

Der Patient schreibt den folgenden Satz **in eigener Handschrift** und unterzeichnet:

"Ich habe es gelesen und verstanden. Ich erteile eine auf die von mir angekreuzten Punkte beschränkte ausdrückliche Einwilligung."

Unterschriften

	Vor- und Nachname	Unterschrift	Datum / Uhrzeit
Patient			
Gesetzlicher Vertreter / Angehöriger des Patienten (Verwandtschaftsgrad:)			
Verantwortlicher Arzt	Dr. Özgür Akşan		