

## Einverständniserklärung für Videoaufnahmen bei Supervisionen oder für Weiterbildungen

Betreffend (Name der Patientin/des Patienten): \_\_\_\_\_

Herr / Frau: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Videoaufnahmen zur **Supervision** verwendet werden dürfen. Die Aufnahmen werden dabei nur Personen gezeigt, die an die ärztliche Schweigepflicht gebunden sind. Es wird keine Datensammlung angelegt.

Ich kann jederzeit die Löschung dieses Bandes verlangen.

Bern, \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Videoaufnahmen zur **Weiterbildung** verwendet werden dürfen. Die Aufnahmen werden dabei nur Personen gezeigt, die an die ärztliche Schweigepflicht gebunden sind.

Ich kann jederzeit die Löschung dieses Bandes verlangen.

Bern, \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Die Videoaufnahmen werden spätestens nach deren Verwendung für die Supervision und/oder die Weiterbildung unwiderruflich gelöscht, sofern sie ausschliesslich zu diesem Zweck erhoben wurden und nicht Teil der Krankengeschichte sind.