

Einwilligungserklärung

Für die Einwilligung eines Patienten zur Veröffentlichung von Bildern und/oder Informationen zu seiner Person in BMJ-Veröffentlichungen.

Name des Patienten: _____

Beziehung zum Patienten (wenn der Patient diese Erklärung nicht unterzeichnet): _____

Beschreibung des Fotos, Bilds, Texts oder sonstigen Materials (**Material**) zur Person des Patienten. **Eine Kopie des Materials sollte dieser Einwilligungserklärung beigefügt sein:** _____

Vorläufiger Titel des Artikels, in dem das Material erscheinen wird: _____

EINWILLIGUNG

Ich _____, [VOLLER NAME IN DRUCKBUCHSTABEN], erteile meine Einwilligung, dass Material über mich/den Patienten in einer BMJ-Veröffentlichung erscheint.

Ich bestätige, dass ich: (zur Bestätigung bitte Kästchen ankreuzen)

- das Foto, Bild, den Text oder sonstiges Material über mich/den Patienten gesehen habe,**
- den Artikel, der bei BMJ eingereicht werden soll, gelesen habe,**
- gesetzlich befugt bin, diese Einwilligung zu erteilen.**

Ich bin mir über Folgendes im Klaren:

- (1) Das Material wird veröffentlicht, ohne dass mein Name/der Name des Patienten erwähnt wird, ich bin mir aber darüber im Klaren, dass völlige Anonymität nicht garantiert werden kann. Es ist möglich, dass jemand irgendwo – beispielsweise jemand, der sich um mich/den Patienten gekümmert hat oder ein Verwandter – mich/den Patienten erkennen könnte.
- (2) Das Material kann Einzelheiten der Erkrankung oder Verletzung und Prognose, Behandlung oder Operation meiner Person/des Patienten zeigen oder beinhalten, die ich/der Patient hatte oder möglicherweise in der Zukunft haben werde/wird.
- (3) Der Artikel wird möglicherweise in einer Fachzeitschrift veröffentlicht, die weltweit vertrieben wird. BMJs Veröffentlichungen sind hauptsächlich für Ärzte und andere Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen bestimmt, können aber auch von zahlreichen anderen Personen eingesehen werden, darunter Wissenschaftler, Studenten und Journalisten.
- (4) Der Artikel einschließlich des Materials kann Gegenstand einer Presseveröffentlichung sein und von sozialen Medien verlinkt und/oder für andere Werbemaßnahmen verwendet werden. Sobald der Artikel veröffentlicht ist, wird er auf eine Webseite von BMJ platziert und ist möglicherweise auch auf anderen Webseiten einzusehen.
- (5) Der Wortlaut des Artikels wird vor der Veröffentlichung hinsichtlich Stil, Grammatik und Einheitlichkeit überarbeitet.
- (6) Ich/der Patient werde/wird keinerlei finanziellen Nutzen aus der Veröffentlichung des Artikels haben.

- (7) Der Artikel kann auch ganz oder teilweise in anderen Veröffentlichungen und Produkten verwendet werden, die von BMJ und/oder anderen Herausgebern veröffentlicht werden. Dazu gehören die Veröffentlichung in englischer Sprache und in Übersetzung, in Druckform, in Digitalformat und in jedem anderen Format, das von BMJ oder anderen Herausgebern jetzt oder in der Zukunft verwendet werden könnte. Der Artikel kann in Lokalausgaben von Fachzeitschriften oder anderen Veröffentlichungen erscheinen, die im Vereinigten Königreich und im Ausland veröffentlicht werden.
- (8) Ich kann meine Einwilligung jederzeit vor der Veröffentlichung widerrufen, aber sobald der Artikel für die Veröffentlichung freigegeben ist („in Druck gegangen ist“), ist es nicht mehr möglich, die Einwilligung zu widerrufen.
- (9) Die Einwilligungserklärung wird von BMJ in Einklang mit dem Gesetz nicht länger als notwendig sicher und vertraulich gespeichert.

Bitte kreuzen Sie die Kästchen an, um Folgendes zu bestätigen:

- Ich willige ein, dass BMJ meine Kontaktdaten (einschließlich außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums) zum ausschließlichen Zweck der Kontaktaufnahme mit mir in der Zukunft speichert.
- Wenn sich diese Einwilligung auf einen Artikel in *Fallbeispielen von BMJ* bezieht, habe ich/hat der Patient die Möglichkeit gehabt, Kommentare zu dem Artikel abzugeben, und ich bin davon überzeugt, dass diese Kommentare gegebenenfalls in dem Artikel berücksichtigt werden.

Unterschrift: _____ Name in Druckbuchstaben: _____

Adresse: _____ E-Mail-Adresse: _____

_____ Telefon-Nr.: _____

Wenn Sie im Namen des Patienten unterschreiben, geben Sie bitte den Grund an, warum der Patient nicht selbst zustimmen kann (beispielsweise ist der Patient verstorben, unter 18 Jahre alt oder leidet unter kognitiver oder intellektueller Beeinträchtigung).

_____ Datum: _____

- Wenn Sie für eine Familie oder eine andere Gruppe unterschreiben, kreuzen Sie bitte das Kästchen an, um zu bestätigen, dass alle betroffenen Familien- oder Gruppenmitglieder entsprechend informiert wurden.

Wenn es sich bei dem Patienten um ein Kind im Alter von 7 Jahren oder älter handelt, muss dieses ebenfalls seine Einwilligung bestätigen:

Unterschrift: _____ Name in Druckbuchstaben: _____

Geburtsdatum: _____ Datum: _____

Details der Person, die dem Patienten oder dessen Vertreter (z. B. dem entsprechenden Verfasser oder einer anderen Person, die befugt ist, die Einwilligung einzuholen), die Einwilligungserklärung erläutert oder übergeben hat.

Unterschrift: _____ Name in Druckbuchstaben: _____

Stellung: _____ Adresse: _____

Institution: _____ _____

_____ _____

E-Mail-Adresse: _____ Telefon-Nr.: _____

Datum: _____