

**Für den Patienten**

**ZAHNARZT (Name und Adresse)**

**…………………………………………..**

**…………………………………………..**

**…………………………………………..**

**…………………………………………..**

**ERMÄCHTIGUNG UND FREIGABE DURCH DEN PATIENTEN**

Ich **…………………………………………..** stimme zu und ermächtige meinen Zahnarzt (wie oben genannt), die Aufzeichnungen bezüglich meiner Diagnose und meines Behandlungsverlaufs (einschließlich chirurgischer Verfahren) an die Foundation for Oral Rehabilitation („FOR”) zur Speicherung in einer Datenbank freizugeben.

Die Aufzeichnungen liegen in drei Formaten vor (zusammen die „Aufzeichnungen”):

* **Schriftliches Format**. Eine schriftliche Beschreibung und Erklärung der medizinischen Bedingungen, die für meine Zahnbehandlung relevant sind, die durchgeführte(n) Behandlung(en), einschließlich der verwendeten Materialien;
* **Fotografien.** „Vorher”- und „Nachher”-Fotografien meiner Zähne und meines Ganz- oder Teilgesichtsportraits, die meine Zähne im Vor- und Nachbehandlungsstadium zeigen; und
* **Videofilm.** Videomaterial im Interview- und/oder Dokumentarfilmformat.

Ich stimme auch zu und ermächtige FOR:

* die Aufzeichnungen für die Zwecke zu verwenden, denen ich unten zugestimmt habe (der „vereinbarte Zweck/die vereinbarten Zwecke”); und
* die Aufzeichnungen an andere Personen oder Organisationen weiterzugeben, wenn dies zur Erfüllung eines vereinbarten Zwecks erforderlich ist.

**Bitte kreuzen Sie das (die) untenstehende(n) Kästchen an, wenn Sie damit einverstanden sind, dass Ihre Aufzeichnungen für diesen Zweck verwendet werden dürfen.**

**AUSBILDUNGS- UND FORSCHUNGSZWECKE (die mich nicht namentlich identifizieren werden)**, einschließlich:

* als Fallstudie (gedruckt oder digital) zur Aufklärung der zahnmedizinischen Gemeinschaft
* Veröffentlichung (gedruckt oder digital) als Fallstudie in der einschlägigen wissenschaftlichen und zahnmedizinischen Literatur
* für Forschungszwecke durch die zahnmedizinische Gemeinschaft
* als Fallstudie (gedruckt oder digital), um potenzielle Patienten über den Behandlungsprozess aufzuklären

 **KOMMUNIKATIONSZWECKE (die meinen Vornamen oder den unten angegebenen bevorzugten Alias verwenden können), um FOR als Bildungsressource in der zahnmedizinischen Gemeinschaft zu fördern**, einschließlich:

* auf (einer) zahnmedizinischen Website(s)
* über soziale Medien
* über digitale Kanäle, die sich an die zahnmedizinische Gemeinschaft richten
* in zahnmedizinischen Zeitschriften (gedruckt oder digital)
* in Materialien für zahnmedizinische Konferenzen

**Ich bin auch damit einverstanden, dass FOR:**

* Fotografien, Bilder und Videofilme (zusammen „Bilder”), die in den Aufzeichnungen enthalten sind, retuschiert und auf andere Weise verändert (in Übereinstimmung mit der Fair-Trade-Praxis für die Verwendung von Bildern); und
* eine unbegrenzte Anzahl von Kopien von solchen Bildern anfertigt und dass die Kopien sich auf das ganze Bild oder einen Teil davon beziehen können

**Ich verstehe, dass:**

* FOR die Veröffentlichungsrechte an diesen Bildern behält;
* FOR meine personenbezogenen Daten in Übereinstimmung mit seinen Datenschutzrichtlinien verarbeitet, die unter [www.for.org/en/privacy-policy](http://www.for.org/en/privacy-policy) abrufbar sind
* ich das Recht habe, auf meine personenbezogenen Daten zuzugreifen, deren Änderung oder Löschung zu beantragen oder Kopien davon zu erhalten, soweit dies nach geltendem Recht zulässig ist;
* FOR angemessene technische und organisatorische Kontrollen anwendet, um die Aufzeichnungen sicher aufzubewahren;
* bei der Verwendung der Aufzeichnungen für einen vereinbarten Zweck FOR meine personenbezogenen Daten in ein Land außerhalb meines Wohnsitzes übertragen kann, in dem die Datenschutzgesetze möglicherweise abweichen;
* wenn ich Fragen zum Umgang von FOR mit meinen personenbezogenen Daten habe, ich mich an privacy@for.org für Unterstützung wenden kann;
* mir für die Nutzung der Aufzeichnungen oder Bilder keine Tantiemen, Gebühren oder andere Vergütungen gezahlt werden; und
* ich diese Genehmigung per E-Mail an privacy@for.org widerrufen kann, aber der Widerruf sich nicht auf Maßnahmen auswirkt, die vor dem Datum des Widerrufs ergriffen wurden.

Soweit nach geltendem Recht zulässig, verpflichte ich mich, weder FOR noch seine Lizenznehmer oder Rechtsnachfolger in Bezug auf die Nutzung meiner Aufzeichnungen oder der Bilder für einen vereinbarten Zweck strafrechtlich zu verfolgen oder Verfahren, Ansprüche oder Forderungen gegen FOR oder seine Lizenznehmer oder Rechtsnachfolger einzuleiten.

Ich habe dieses Ermächtigungsformular sorgfältig gelesen und seine Bedeutung vollständig verstanden.

|  |
| --- |
| **Unterschrift des Patienten (oder eines Elternteils oder Erziehungsberechtigten)** |
| **Beziehung zum Patienten (falls zutreffend)** |
| **Datum** |
| **Alias** |

**Eine Kopie dieser Ermächtigung und Freigabe muss der Person, die dieses Formular unterzeichnet hat, zur Verfügung gestellt werden**.