

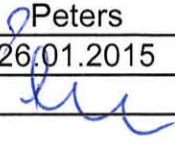


	Erstellung/Änderung	Prüfung	Freigabe
Name	Köhne	Peters	Peters
Datum	16.01.2015	16.01.2015	26.01.2015
Unterschrift			

*Im Original unterschrieben*

## Einwilligung zur Fotodokumentation

Sehr geehrte Bewohnerin, sehr geehrter Bewohner.  
Sehr geehrte Angehörige, sehr geehrte BetreuerInnen.

In den letzten Jahren hat die Notwendigkeit einer lückenlosen Dokumentation in den stationären Pflegeeinrichtungen drastisch zugenommen. Juristen und Aufsichtsbehörden fordern, häufig selbst unter dem Druck immer neuer Schutzgesetze, dass alle Vorgänge, die eine(n) BewohnerIn betreffen, nachvollziehbar und lückenlos festgehalten werden. Insbesondere betrifft dies die so genannte Pflegedokumentation, in der u.a. der gesamte tägliche Vorgang der Grund- und Behandlungspflege verzeichnet wird.

Die Fotodokumentation chronischer Wunden wie der bildhaft nachvollziehbare Verlauf der Behandlung und Abheilung von Dekubitalulcera ist heute aus den modernen Therapiekonzepten mit ihrer Qualitätssicherung nicht mehr wegzudenken. Dennoch sind hier rechtliche Vorgaben zur Umsetzung eines bewohnergerechten Wundmanagements zu beachten. Aktualisierte Rechtsnormen zur bildlichen Darstellung von Betroffenen und ihren Wunden sind in die Praxis der Wundbehandlung gesetzeskonform einzubinden.

Der § 201a Strafgesetzbuch regelt den speziellen Bereich der fotografischen Abbildung, der bislang mit der generellen Vorschrift zum allgemeinen Schutz des Persönlichkeitsrechts abgedeckt war. Im Gesetzestext heißt es da, dass die Entscheidung dem / der jeweiligen BewohnerIn obliegt, der fotografischen Erfassung seiner / ihrer Wunde zu therapeutischen bzw. dokumentarischen Zwecken zuzustimmen oder nicht.

Da wir auf die bewährte Art dieser Dokumentation nicht verzichten wollen, bitten wir Sie, die beigefügte Einwilligung zur Fotodokumentation zu unterschreiben. Wir garantieren Ihnen einen adäquaten Datenschutz.

Für weitere Auskünfte stehen wir Ihnen selbstverständlich zur Verfügung.



## Einwilligungserklärung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/-ort: \_\_\_\_\_

Ich erteile hiermit die Erlaubnis, meine Wunde(n), insbesondere Dekubitalulcera, fotografisch abzulichten.

Die Fotografien sind ausschließlich für die Pflegedokumentation bestimmt und verbleiben in meiner Bewohnerakte. Ich untersage ausdrücklich, dass die Fotografien Dritten zugänglich gemacht werden, es sei denn, es besteht die gesetzliche Verpflichtung. Im Falle einer gerichtlichen Auseinandersetzung dürfen die Fotografien meiner Wunde(n) als Beweismittel verwendet werden.

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift des Bewohners*

\_\_\_\_\_  
*Ggf. Unterschrift des gesetzl. Vertreters /  
gerichtl. bestellten Betreuers /  
Bevollmächtigten*