UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein

Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie
Arnold-Heller-Str. 3, Haus C, 24105 Kiel
0431 500-21360 , -21188
dermatohistologie.dermatologie.kiel@uksh.de

Einverständniserklärung

über die Weitergabe von Bildmaterial an das Dermatohistologische Labor der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie des UKSH, Campus Kiel

Hiermit stimme ich

Name

Vorname

T T . M M . J J J J
Geburtsdatum

der Weitergabe der von mir vorliegenden Bilddokumentation meines Hautbefundes von meinem Behandler/meiner Behandlerin

Name/Praxisstempel der anfordernden Behandler/in bzw. des medizinischen Personals

an das Dermatohistologische Labor der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Kiel zum Zwecke der histopathologischen Korrelation und damit dem Zwecke meiner weiteren Behandlung zu.

☐ Ich willige ein in die Verwendung der Fotografien für den oben genannten Verwendungszweck.
☐ Ich willige nicht in die Verwendung der Fotografien für den oben genannten Verwendungszweck ein

Ort, Datum

Unterschrift Patient *in

Unterschrift anfordernder Arzt/Ärztin