

<b>Patient*in</b>		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Name, Vorname		geb.		
Straße				
PLZ	Ort			
ID Familie	ID Material			

# Universitätsklinikum Carl Gustav Carus



**DIE DRESDNER.**

Genetische Diagnostik  
 Institut für Klinische Genetik  
 Fetscherstraße 74, Haus 137, Laborbereich  
 01307 Dresden, Germany  
**Genetische Ambulanz**  
 Tel.: +49 (0)351 458 2891  
 Fax: +49 (0)351 458 4316  
 Email: genetische.ambulanz@uniklinikum-dresden.de

## Einwilligung für Fotoaufnahmen

Ich wurde informiert, dass die von mir (bzw. meinem Kind) angefertigten Fotoaufnahmen für den internen Gebrauch bestimmt sind und ein wichtiges diagnostisches Arbeitsmittel darstellen.

Darüber hinaus erkläre ich meine Einwilligung, dass die Fotoaufnahmen verwendet werden dürfen für:

Ausbildungszwecke (Vorlesungen, Vorträge etc.) (anonymisiert)

Ja  Nein

Veröffentlichung in wissenschaftlichen Zeitschriften (anonymisiert)

Ja  Nein

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient\*in / erziehungsberechtigte Person