

**Einwilligung in die Veröffentlichung von Beschreibungen oder Material in *Neurology*® Fachjournalen, die zur Identifizierung der Person führen können**

Ich erkläre mich einverstanden mit der Veröffentlichung von Informationen zu meinem Gesundheitszustand und dem unten genannten Material („Material“). Diese Informationen werden in einem der *Neurology*® Fachjournale der *American Academy of Neurology* („AAN“) und allen davon abgeleiteten Werken in allen Medien weltweit veröffentlicht (z. B. Websites, soziale Medien).

Das Material kann Beschreibungen in Form von den Patienten betreffenden Artikeln und medizinischen Gutachten, Photographien, Zahlen, Abbildungen und Videos enthalten und ist vom Autor/ von den Autoren wie folgt beschrieben:

**Autor: Bitte ausfüllen:**

Beschreibung des Artikels und sonstiger Inhalte:

---

Name des Autors \_\_\_\_\_

**Patient: Bitte ausfüllen:**

Mir ist Folgendes bewusst:

- Das Material kann Erkrankungen beschreiben oder darstellen.
- Namen werden nicht mit dem Material veröffentlicht. Vollständige Anonymität kann jedoch nicht garantiert werden. Mir ist bewusst, dass Dritte den Patienten oder andere Personen anhand der Bilder und / oder begleitenden Inhalte erkennen könnten.
- Das den Patienten betreffende Material kann in Form gedruckter und elektronischer Exemplare von AAN-Veröffentlichungen veröffentlicht werden, auf damit im Zusammenhang stehenden Websites und Plattformen, in unterlizenziierten oder neu aufgelegten Ausgaben (einschließlich fremdsprachiger Ausgaben) und in anderen abgeleiteten Werken. Mir ist bewusst, dass Dritte das Material auch ohne meine Erlaubnis von anderen kopieren und online oder in gedruckter Form veröffentlichen können.
- Ich übertrage sämtliche Rechte an dem Material an *American Academy of Neurology*. Mir ist bewusst, dass ich kein Entgelt und keine Lizenzgebühr für die Verwendung des Materials erhalten werde.
- Das Material kann bearbeitet, verändert und retuschiert werden.

Bitte machen Sie nach dem Lesen sämtlicher Aussagen nur **ein** Kreuz:

\_\_\_ Ich habe das Manuskript gelesen und alle Texte, Bilder, Fotos, Vorlagen und Videos geprüft, die mit dem Manuskript veröffentlicht werden.

**ODER**

\_\_\_ Mir wurde die Möglichkeit gegeben, das Manuskript zu lesen und alle Texte, Bilder, Fotos, Vorlagen und Videos zu prüfen, die mit dem Manuskript veröffentlicht werden, aber ich habe auf dieses Recht verzichtet.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, mit dem Vorhergehenden einverstanden zu sein sowie damit, dass dieses Formular an die Redaktion der *Neurology* Fachjournal gesendet wird.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Name des Patienten

\_\_\_\_\_  
Datum

ODER

\_\_\_\_\_  
Name des rechtlichen Vertreters

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des rechtlichen Vertreters

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Beziehung zum Patienten

Minderjährige, die älter als 7 Jahre sind, müssen der Veröffentlichung zustimmen:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Name des Patienten

\_\_\_\_\_  
Datum