

Einverständniserklärung
zur Verwendung von Fotografien

Patient: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Hiermit erkläre ich, dass ich mit der Anfertigung und Verwendung von Fotografien, die im Rahmen meiner Behandlung gemacht werden, einverstanden bin.

1. Zweck der Verwendung:

Die Fotografien können für folgende Zwecke verwendet werden:

- Dokumentation meiner Behandlung
- Schulungs- und Informationsmaterialien
- Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Website, Broschüren, soziale Medien)

2. Urheberrecht:

Ich erkenne an, dass die Urheberrechte an den Fotografien bei [Name der Einrichtung oder des Arztes]
_____ liegen. Ich erhalte kein Entgelt für die Verwendung der Fotografien.

3. Widerrufsrecht:

Ich habe das Recht, meine Einwilligung jederzeit schriftlich zu widerrufen. Der Widerruf hat keine Auswirkungen auf die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung.

4. Einverständnis:

Ich habe die oben genannten Punkte gelesen und verstanden. Ich gebe hiermit mein Einverständnis zur Verwendung der Fotografien.

Unterschrift Patient: _____

Datum: _____