

FOTO- UND FILMAUFNAHMEN DURCH KLINIKPERSONAL UND/ODER ARZT EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

ANLASS/EINGRIFF

AUFNAHMEORT

AUFNAHMEDATUM

ICH/WIR ERKLÄRE/N HIERMIT FOLGENDES:

Ich/wir bestätige/n mit meiner/unserer Unterschrift, dass ich mich/wir uns damit einverstanden erklärt habe/n, dass auf meinen/unseren Wunsch im Rahmen des genannten Anlasses/Eingriffs Fotos d.h. Bild- und Filmmaterial der Operation, unseres Neugeborenen, der Geburt etc. gemacht werden, allenfalls durch Klinikpersonal und/oder einen Arzt.

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass die von mir angefertigten Aufnahmen der Klinikumgebung und/oder des Klinikpersonals und/oder des Arztes ausschliesslich zu privaten Zwecken verwendet werden dürfen. Es wird zusätzlich in der Klinikdokumentation festgehalten. Ich/wir haben verstanden, dass uns durch die Privatklinikgruppe Hirslanden hiermit kein inhaltlich, räumlich und zeitlich unbeschränktes Nutzungsrecht an der in der Klinikumgebung und/oder dem Klinikpersonal und/oder dem Arzt angefertigten Aufnahmen gemacht werden.

Ich/wir bin/sind einverstanden, dass persönliche Angaben, die von Klinikpersonal und/oder dem Arzt im Rahmen dieser Aufnahmen bekannt gegeben werden, jederzeit vertraulich zu behandeln sind und genauso wenig wie die Aufnahmen verwendet werden dürfen. Dies betrifft beispielsweise Bildunterschriften mit Namen, Beruf, betrieblicher Funktion, Arbeitsort etc.

Es bestehen meinerseits keine finanziellen Ansprüche aus der Nutzung der von mir angefertigten Aufnahmen und den persönlichen Angaben.

VORNAME, NAME

GEBURTSDATUM

STRASSE, NR.

PLZ, WOHNORT

KLINIK

DATUM, UNTERSCHRIFT

