

## Einwilligung in die Veröffentlichung von Foto- / Videomaterial von Patienten

Projekt (Thema und Datum): \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Name, Vorname Erziehungsberechtigte/r: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer / Email: \_\_\_\_\_

(freiwillig; z.B. zur Benachrichtigung bei Veröffentlichung)

Ich willige hiermit freiwillig und unentgeltlich in die Erstellung, Verbreitung und Veröffentlichung der oben beschriebenen Fotos / Filmaufnahmen von mir und / oder meinem Kind / meinen Kindern zur Öffentlichkeits- und Medienarbeit durch die AKK Altonaer Kinderkrankenhaus gGmbH ein.

Die Einwilligung ist räumlich, inhaltlich und zeitlich unbeschränkt und umfasst das Recht am eigenen Bild und das allgemeine Persönlichkeitsrecht. Die Einwilligung umfasst das Recht, die Fotografien in (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Werbedrucksachen
- Unternehmensbroschüren
- Pressemitteilungen
- Intranet
- Unternehmenshomepage
- Sozialen Medien
- Newsletter (+ Verein Altonaer Kinderkrankenhaus von 1859 e.V.)

wiedergzugeben (auch in Ausschnitten oder bearbeiteter Form).

Die AKK Altonaer Kinderkrankenhaus gGmbH ist außerdem berechtigt, aber nicht verpflichtet, bei der Wiedergabe der Fotografien und/ oder des Videomaterials den Vornamen und den Anfangsbuchstaben des Nachnamens der abgebildeten Personen zu nennen.

Hamburg, den

\_\_\_\_\_  
(Datum; Unterschrift des/ der Erziehungsberechtigten)

### Ergänzende Hinweise:

- *Diese Einwilligungserklärung kann ggü. der AKK Altonaer Kinderkrankenhaus gGmbH widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs werden die Bilder ab dem Zeitpunkt des Widerrufs nicht mehr für neue Projekte verwendet. Den Beteiligten ist bewusst, dass durch die Veröffentlichung im Internet nicht sichergestellt werden kann, dass die Daten in der uneingeschränkten Kontrolle der Kliniken bleiben.*