

Einverständniserklärung für Foto-/Videoaufnahmen

Patient (Name)

.....
Anschrift

.....

Ich bin damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte der DISCOVER BEAUTY GMBH, die im Rahmen meiner Behandlung angefertigten Foto-/Videoaufnahmen, von mir zukünftig auf Social-Media-Plattformen wie beispielsweise Instagram, Facebook, Youtube, Twitter und Anderen zu Werbezwecken, speichern/veröffentlichen und verwenden darf.

- Ich willige ein, dass meine Kontaktdaten dabei übermittelt werden
 Eine Weitergabe meiner Kontaktdaten möchte ich nicht

Sämtliche angefertigtes Bild- und Videomaterial ist Eigentum der DISCOVER BEAUTY GMBH.

Meine vorstehende Einverständniserklärung gilt so lange, bis ich sie widerrufe. Diesen Widerruf kann ich zu jedem späteren Zeitpunkt ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft telefonisch, schriftlich oder per E-Mail erklären.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in