

Einverständniserklärung für Fotoaufnahmen

Name des Kindes: _____, geb. am _____

Ich/ wir sind damit einverstanden, dass im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) der Städtischen Kliniken Mönchengladbach GmbH (Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin) Fotos meines/ unseres Kindes für die Patientenakte durch einen fallbetreuenden Mitarbeiter des Sozialpädiatrischen Zentrums aufgenommen werden.

Ich / wir sind damit einverstanden, dass im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) der Städtischen Kliniken Mönchengladbach GmbH (Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin) Videoaufnahmen meines / unseres Kindes von bestimmten Untersuchungs- oder Therapiesituationen durch Mitarbeiter des Sozialpädiatrischen Zentrums aufgenommen werden.

Das Foto sowie die Videoaufnahmen werden im Rahmen der Versorgung des Kindes angefertigt und sind nur für die interne Verwendung.

Die Fotos verbleiben in der Akte und sind nur den Mitarbeitern des Sozialpädiatrischen Zentrums zugänglich.

Die Videoaufnahmen werden klinikintern gespeichert und sind nur für die Mitarbeit des SPZ zugänglich.

Ort, Datum, Unterschrift der/ des Sorgeberechtigten