

**Zustimmungserklärung der Eltern / Freigabeformular**

Verbundener Fotografie  
  Fotoretusche  
  Medizinischer Partner

|   |
|---|
| Krankenhaus _____                         |
| Krankenhaus Kontakt _____                 |
| Datum des Fototermins _____ Uhrzeit _____ |

|   |
|---|
| Vorname des Kindes/ der Kinder _____  |
| Nachname _____  |
| Kind(er) geboren am _____ Schwangerschaftswoche _____   |
| <b>Die Fotografien werden über ein gesichertes E-Mail System zugestellt.</b><br>Sie erhalten einen Link zu Ihrer Bildergalerie sowie gelegentliche Mitteilungen von<br>NILMDTS* |
| Elternteil 1: Vollständiger Name _____  |
| Telefon (____) _____  |
| E-Mail _____  |
| Elternteil 2: Vollständiger Name _____  |
| Telefon (____) _____  |
| E-Mail _____  |
| Adresse der Eltern _____  |
| Wohnort _____ PLZ _____   |

|   |
|---|
| <b><u>Kontaktdaten des NILMDTS Fotografen / Medizinischer Partner</u></b> |
| Name _____  |
| Telefon _____   |
| E-Mail _____  |

\*Sie können sich jederzeit abmelden. Wir respektieren Ihre Privatsphäre. Ihre Kontaktdaten werden NIEMALS außerhalb der Organisation weitergegeben.

*Ich/Wir habe(n) „Now I Lay Me Down to Sleep“ (NILMDTS) kontaktiert, um einen freiwilligen Fotografen zu finden, der Fotografien meines Kindes/meiner Kinder machen kann, oder eine Fotoretusche unserer Bilder, die nicht von NILMDTS aufgenommen wurden. Ich stimme zu, dass dies ein freiwilliges Geschenk von NILMDTS ist und werde es als solches annehmen. Ich stimme dem Folgenden zu (in allen Punkten sind Initialen erforderlich):*

1. **Krankenhaus.** Ich verstehe, dass weder der Fotograf noch NILMDTS dem Krankenhaus angegliedert sind.  
*(Nur Angeschlossene Fotografie)* Initialen \_\_\_\_\_
  
2. **Genehmigung zum Fotografieren oder Retuschieren von Fotos.** Ich bin der Elternteil und Erziehungsberechtigte meines Kindes (meiner Kinder) und habe die Befugnis, diese Vereinbarung einzugehen und ermächtige den Fotografen mein Kind (meine Kinder) zu fotografieren oder NILMDTS Fotos meines Kindes (meiner Kinder) zu retuschieren. Aufgrund der Unfähigkeit der Eltern, Genehmigung zum Zeitpunkt der Aufnahmen zu geben, habe ich alternativ die Befugnis, diese Vereinbarung in ihrem Namen einzugehen. Initialen \_\_\_\_\_
  
3. **Persönlicher Gebrauch von Fotografien.** NILMDTS besitzt das Urheberrecht von aufgenommenen Fotografien oder bearbeiteten Bildern und erlaubt Eltern sie für den persönlichen Zweck zu besitzen. Ich verstehe, dass die Bilder, die ich erhalte, ohne ausdrückliche schriftliche Genehmigung des NILMDTS-Zentralsitz nicht für kommerzielle Zwecke, öffentliche Medien oder Werbung für andere gemeinnützige Organisationen oder Zwecke verwendet werden dürfen. Ich bin damit einverstanden, NILMDTS zu kontaktieren, um die Erlaubnis und Informationen zum ordnungsgemäßen Gebrauch zu erhalten. Initialen \_\_\_\_\_
  
4. **Grundgeschenk.** Ich verstehe, dass NILMDTS das kostenlose Geschenk von Porträts in professioneller Qualität sowie Retuschier-Dienste anbietet. Digitale Bilder werden professionell in Schwarzweiß oder Sepia Tönen retuschiert, um ein Porträt in Erststück Qualität zu erstellen. Ich verstehe, dass ich innerhalb von 12-18 Wochen einen digitalen Satz von Bildern, damit ich die Fotos auf eigene Kosten von jedem Fotolabor drucken lassen kann. NILMDTS stellt keine Originale zur Verfügung, gemäß den Richtlinien der Agentur. Ich verstehe, dass ich bestärkt werde, während und nach der Sitzung meine eigenen Fotos zu machen. Initialen \_\_\_\_\_
  
5. **Veröffentlichung.** Ich entlaste NILMDTS, den Fotografen, das Krankenhaus und ihre Vertreter, Angestellten, leitenden Angestellten, Direktoren und Vertreter aus allen früheren, gegenwärtigen und zukünftigen Rechtsansprüchen, Handlungen, Klagegründen, Schäden, Kosten und Auslagen, die aus oder im Zusammenhang mit der Aufnahme von Fotografien und der Verwendung von Bildern durch NILMDTS oder den verbundenen Fotografen hervorgehen. Initialen \_\_\_\_\_
  
6. **Entschädigung.** Wenn eine Person, die dieses Formular nicht unterschreibt, eine Klage gegen NILMDTS oder den Fotografen erhebt, die sich auf die Fotografie meines Kindes (meiner Kinder), die oben genannten ausgelegten Angelegenheiten oder die Verwendung der Fotos danach bezieht, werde ich NILMDTS entschädigen. Der Fotograf ist frei von Schäden, die aufgrund dieser Ansprüche entstehen. Initialen \_\_\_\_\_
  
7. **Elektronische Datenübertragung.** Durch meine Unterschrift ermächtige ich den medizinischen Partner von NILMDTS, den medizinischen Dienstleister und/oder die Einrichtung, Fotografien und dieses Einverständnisformular elektronisch zu übermitteln. Dieses Formular kann absichtlich oder unbeabsichtigt geschützte Gesundheitsinformationen und andere Daten enthalten, die sich auf die in dieser Einwilligung genannten Personen beziehen. Initialen \_\_\_\_\_
  
8. **NILMDTS Verwendung von Bildern erlaubt.** Ich erlaube, dass die digitalen Bilder und Fotografien meines Kindes (meiner Kinder) von NILMDTS und/oder dem Fotografen für die interne NILMDTS-Freiwilligen Ausbildung oder Krankenhaus Ausbildung verwendet werden können. Für eine solche Verwendung können NILMDTS oder der Fotograf ohne meine vorherige Genehmigung zusätzliche Kopien der Fotos erstellen.  
*(Optional)* Initialen \_\_\_\_\_

**Unterschrift** \_\_\_\_\_

Bilder werden nicht ohne eine Unterschrift retuschiert und freigegeben.

**Vollständiger Name** \_\_\_\_\_ **Beziehung zum Kind/er** \_\_\_\_\_