

Zustimmungserklärung der Eltern / Freigabeformular

☐ Affilierte Fotografie ☐ Fotoretusche ☐ Medizinischer Partner

Krankenhaus _____
 Krankenhaus Kontakt _____
 Datum des Fototermins _____ Uhrzeit _____

Vorname des Kindes/der Kinder _____
 Nachname _____
 Kind(er) geboren am _____ Schwangerschaftswoche _____

Die Fotografien werden über ein gesichertes E-Mail System zugestellt.

Sie erhalten einen Link zu Ihrer Bildergalerie sowie gelegentliche Mitteilungen von
 NILMDTS*

Elternteil 1: Vollständiger Name _____
 Telefon (____) _____
 E-Mail _____

Elternteil 2: Vollständiger Name _____
 Telefon (____) _____
 E-Mail _____

Adresse der Eltern _____
 Wohnort _____ PLZ _____

Kontaktdaten des NILMDTS Fotografen / Medizinischer Partner

Name _____
 Telefon _____
 E-Mail _____

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

www.nowilaymedowntosleep.org

Parent Consent, Authorization and Release Form (German) v.8.1.26

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 8 Wochen einen digitalen Satz von Bildern erhalte, damit ich die Fotos auf eigene Kosten von jedem Fotolabor drucken lassen kann. NILMDTS stellt gemäß den Richtlinien der Organisation keine Originale, unretuschierten Bilder oder Farbfotos zur Verfügung. 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 und den Fotografen schad- und klaglos halten bezüglich aller Schäden, die aus solchen Ansprüchen 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 _____