

**Zustimmungserklärung der Eltern / Freigabeformular**

Angeschlossene Fotografie  
  Fotoretusche  
  Medizinischer Partner

Krankenhaus _____
Krankenhaus Kontakt _____
Datum des Fototermins _____ Uhrzeit _____

Vorname des Kindes/ der Kinder _____
Nachname _____
Kind(er) geboren am _____ Schwangerschaftswoche _____
Elternteil 1: Vollständiger Name _____
Telefon (____) _____
Elternteil 2: Vollständiger Name _____
Telefon (____) _____
Adresse der Eltern _____
Wohnort _____ PLZ _____
<b>Die Fotografien werden über ein gesichertes E-Mail System zugestellt.</b>
Elternteil 1: E-Mail _____
<i>Optional:</i> <input type="checkbox"/> Ja, bitte senden Sie mir die NILMDTS-Elternnachrichten
Elternteil 2: E-Mail _____
<i>Optional:</i> <input type="checkbox"/> Ja, bitte senden Sie mir die NILMDTS-Elternnachrichten

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

*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 das Elternteil und der Erziehungsberechtigte meines Kindes (meiner Kinder) und habe die Befugnis, diese Vereinbarung zu eingehen und ermächtige den Fotografen mein Kind (meine Kinder) zu fotografieren oder NILMDTS zu ermächtigen, Fotos meines Kindes (meiner Kinder) zu retuschieren. Aufgrund der Unfähigkeit der Eltern, sich zum Zeitpunkt die Sitzung zu genehmigen, 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 zu ordnungsgemäßen Gebrauch zu erhalten.  
**Initialen** \_\_\_\_\_
  
4. **Standardgeschenk.** Ich verstehe, dass NILMDTS das kostenlose Geschenk von Porträts in professioneller Qualität sowie retuschier Dienste anbietet. Digitale Bilder werden professionell in Schwarzweiß oder Sepiatönen retuschiert, um ein Porträt in Erbstückqualität zu erstellen. Ich verstehe, dass ich innerhalb von 6-8 Wochen einen digitalen Satz von Bildern, beziehungsweise 6-12 Wochen für retuschierte erhalten werde, 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 angehalten 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 Medical Affiliate, 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-Freiwilligenausbildung oder Krankenhausausbildung 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** \_\_\_\_\_