

Einwilligung in Foto-, Video- und Tonaufnahmen

Model Release für Patienten, Beschäftigte und sonstige mitwirkende Personen

1. Verantwortliche Stelle

Die Praxis bzw. Einrichtung, die die Aufnahmen für ihre Kommunikation und ihr Marketing nutzt, ist grundsätzlich die datenschutzrechtlich verantwortliche Stelle. Bitte vollständig ausfüllen.

Praxis / Einrichtung:

Anschrift:

Telefon / E-Mail:

Datenschutzkontakt / DSB:

Projekt / Aufnahmetag:

2. Produktionsdienstleister / Empfänger

Soweit beauftragt, dürfen die Aufnahmen zur technischen Durchführung, Auswahl, Bearbeitung und Bereitstellung an folgenden Dienstleister übermittelt werden:

Praxis-Fotos / Pencz Productions

Kontaktdaten und Anschrift gemäß Angebot bzw. Auftragsunterlagen der Praxis. Verarbeitung ausschließlich im vereinbarten Projektumfang; die konkrete datenschutzrechtliche Rolle und Löschfristen sind im Vertrag mit der Praxis festzulegen.

Weitere Empfänger/Dienstleister (z. B. Webagentur, Druckerei, Hosting, Social-Media-Plattformen):

3. Gegenstand und Zwecke der Einwilligung

Ich willige freiwillig ein, dass von mir im Rahmen des oben genannten Projekts Aufnahmen angefertigt und für die von mir ausgewählten Zwecke verarbeitet werden. Dazu gehören Aufnahme, Speicherung, Sichtung, Auswahl, technische und gestalterische Bearbeitung (z. B. Bildausschnitt, Farbe, Ton, Schnitt, Untertitel), Vervielfältigung und Veröffentlichung.

Art der Aufnahmen:

☐ Fotografien

☐ Videoaufnahmen

☐ Ton / Stimme

Zwecke:

☐ Information und Außendarstellung der Praxis

☐ Patienteninformation

☐ Praxismarketing und Öffentlichkeitsarbeit

☐ Personalgewinnung / Recruiting

☐ Interne Kommunikation / Schulung

☐ Sonstiges: _____

4. Veröffentlichungswege - bitte einzeln auswählen

Die Einwilligung gilt nur für die angekreuzten Kanäle. Bei Veröffentlichungen im Internet können Inhalte weltweit abrufbar, kopiert, weiterverbreitet, durch Suchmaschinen erfasst oder in Drittländer übertragen werden. Eine vollständige Entfernung bereits weiterverbreiteter Inhalte kann trotz Löschung bei der Praxis technisch unmöglich sein.

- ☐ Praxiswebsite und ggf. verbundene Standortseiten
- ☐ Google-Unternehmensprofil und vergleichbare Verzeichnisse
- ☐ Social Media: Instagram
- ☐ Social Media: Facebook
- ☐ Social Media: LinkedIn
- ☐ Social Media: YouTube / Vimeo
- ☐ Digitale Stellenanzeigen und Recruiting-Portale
- ☐ Newsletter und E-Mail-Kommunikation
- ☐ Printmedien, Flyer, Broschüren, Plakate und Praxisräume
- ☐ Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
- ☐ Portfolio / Referenzdarstellung des Produktionsdienstleisters
- ☐ Weitere Kanäle: _____

5. Medizinischer Kontext und besondere Kategorien personenbezogener Daten

Nur ankreuzen, wenn zutreffend:

- ☐ Mir ist bewusst, dass die Aufnahme in einer Arztpraxis, Klinik oder medizinischen Behandlungssituation Rückschlüsse auf meinen Gesundheitszustand oder eine Behandlung zulassen kann. Ich willige ausdrücklich in die Verarbeitung und Veröffentlichung der dadurch möglicherweise erkennbaren Gesundheitsdaten für die oben ausgewählten Zwecke und Kanäle ein (Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO).

Es sollen keine Diagnosen, Patientenakten, Bildschirme, Namen, Termine oder sonstigen Behandlungsinformationen aufgenommen werden, sofern dies nicht ausdrücklich und gesondert vereinbart wurde.

Besondere Einschränkungen / nicht freigegebene Inhalte:

6. Freiwilligkeit

Für Patientinnen und Patienten: Die Einwilligung ist freiwillig. Ihre Erteilung oder Ablehnung hat keinen Einfluss auf Behandlung, Terminvergabe, Kosten oder sonstige Leistungen.

Für Beschäftigte: Die Einwilligung ist freiwillig. Eine Ablehnung oder ein späterer Widerruf führt zu keinen arbeitsrechtlichen oder sonstigen Nachteilen. Alternative Mitwirkungsmöglichkeiten bzw. Nichtteilnahme sind möglich.

7. Rechtsgrundlagen, Speicherdauer und Widerruf

Die Verarbeitung beruht auf Ihrer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a und Art. 7 DSGVO; soweit aus den Aufnahmen Gesundheitsdaten hervorgehen können, zusätzlich auf Ihrer ausdrücklichen Einwilligung gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO. Für Beschäftigte gelten ergänzend die Anforderungen des § 26 Abs. 2 und 3 BDSG. Die Veröffentlichung erkennbarer Bildnisse erfolgt auf Grundlage Ihrer Einwilligung gemäß § 22 KunstUrhG.

Die verantwortliche Praxis legt die konkrete Speicherdauer fest. Arbeits- und Projektdaten sollen nur so lange gespeichert werden, wie dies für Produktion, Nachweis der Einwilligung und vereinbarte Nutzung erforderlich ist. Veröffentlichte Inhalte werden bis zum Widerruf oder bis zum Wegfall des Zwecks genutzt, sofern keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten oder überwiegenden rechtlichen Gründe entgegenstehen.

Konkrete Speicherdauer / Kriterien:

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung bleibt unberührt. Der Widerruf ist an die oben genannte verantwortliche Praxis zu richten. Nach Eingang wird die Praxis die weitere Nutzung in ihrem Einflussbereich beenden und angemessene Schritte zur Entfernung veröffentlichter Inhalte einleiten. Bereits gedruckte Medien müssen regelmäßig nicht zurückgerufen werden; bestehende Auflagen werden jedoch nicht neu aufgelegt.

Widerruf an (E-Mail/Postanschrift):

8. Informationen nach Art. 13 DSGVO

Sie haben - bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen - Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit und Widerruf der Einwilligung. Außerdem können Sie sich bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde beschweren. Eine automatisierte Entscheidungsfindung einschließlich Profiling findet im Rahmen dieses Projekts nicht statt.

Zuständige Datenschutzaufsicht:

Bei Veröffentlichungen über Anbieter wie Meta, Google, LinkedIn, YouTube oder Vimeo kann eine Verarbeitung außerhalb der EU/des EWR stattfinden. Einzelheiten, Empfänger, Rechtsgrundlagen und Garantien sind in den Datenschutzinformationen der verantwortlichen Praxis und der jeweiligen Plattform zu erläutern.

Ergänzende Datenschutzinformation der Praxis erhalten / einsehbar unter:

9. Erklärung und Unterschrift

Ich habe die Informationen verstanden, konnte Fragen stellen und entscheide freiwillig. Ich bestätige die von mir gesetzten Kreuze. Mir wurde eine Kopie dieser Einwilligung angeboten bzw. ausgehändigt.

Ort, Datum

Unterschrift der mitwirkenden Person

Bei minderjährigen oder nicht einwilligungsfähigen Personen

Die Nutzung von Aufnahmen Minderjähriger sollte nur nach gesonderter Prüfung und mit Einwilligung aller erforderlichen Sorgeberechtigten erfolgen. Bei Jugendlichen ist zusätzlich deren eigene Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit zu berücksichtigen.

Name Sorgeberechtigte/r / Vertretung:

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r / Vertretung