

Einverständniserklärung zu Foto- und/oder Filmaufnahmen und deren Veröffentlichung in den sozialen Medien

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Fotos von mir durch den Zahnarzt/die Zahnärztin

Name: _____

Praxis: _____

Adresse: _____

gemacht werden. Die Fotos werden zum Zwecke der Teilnahme des Zahnarztes/der Zahnärztin an einem Fotowettbewerb der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DG PARO) e.V., Neufferstraße 1, 93055 Regensburg aufgenommen.

Ferner erkläre ich mich einverstanden, dass das Foto:

- auf der Homepage der DG PARO (www.dgparo.de)
- in (Print-)Publikationen der DG PARO
- auf der Facebook-Seite der DG PARO
- auf dem Instagram-Kanal der DG PARO und des Zahnarztes/der Zahnärztin

unter dem Hashtag #perfectparopicture veröffentlicht bzw. verwendet und zu diesem Zwecke auch abgespeichert werden dürfen. Die Verwendung der Fotos dient ausschließlich der Verfolgung der gemeinnützigen Zwecke der DG PARO.

Ich bin mir darüber im Klaren, dass Fotos im Internet von beliebigen Personen abgerufen werden können. Es kann trotz aller technischer Vorkehrungen nicht ausgeschlossen werden, dass solche Personen die Fotos weiterverwenden oder an andere Personen weitergeben.

Diese Einverständniserklärung ist freiwillig und kann gegenüber der DG PARO oder dem Zahnarzt/der Zahnärztin jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Sind die Aufnahmen im Internet verfügbar, erfolgt die Entfernung, soweit dies dem/der Veranstalter/-in möglich ist.

Mir ist bekannt, dass die DG PARO und/oder der Zahnarzt/der Zahnärztin für die widerrechtliche Verbreitung der Foto- und Videoaufnahmen seitens Dritter keine Haftung übernehmen können. Mir ist auch bekannt, dass meine Bilder in Suchmaschinen gezeigt werden können.

Ort/Datum

Unterschrift Patient/in