

## Einverständniserklärung für die Verwendung von Bildmaterial auf unserer Internetseite

Liebe Eltern,

wir möchten auf unserer Internetseite eine Babygalerie präsentieren.

Da gemäß § 22 KunstUrhG, Bilder jedoch nur mit Einwilligung des abgebildeten bzw. seiner gesetzlichen Vertreter verbreitet oder öffentlich zur Schau gestellt werden dürfen, bitten wir Sie, die nachfolgende Einverständniserklärung zu unterschreiben.

Diese Einwilligung kann von Ihnen jederzeit widerrufen werden.

Wir möchten Sie deshalb bitten, die nachfolgende Einverständniserklärung für Ihr Kind zu geben.

### Einwilligung / Einverständniserklärung / Fotofreigabe

zwischen Herrn/ Frau

-----  
*Name des/r Erziehungsberechtigten*

-----  
*Straße, Hausnummer*

-----  
*Plz Wohnort*

und

**Frauenarztpraxis**  
**Dr. med. Kristina Papsdorf**  
August-Bebel-Straße 12  
07551 Gera

**Ich bin damit einverstanden, dass Bilder auf denen mein Kind**

**Name:** \_\_\_\_\_

zu sehen ist, auf der Internetseite [www.praxis-dr-papsdorf.de](http://www.praxis-dr-papsdorf.de) verwendet werden dürfen.

**Salvatorische Klausel:** Sollte eine Bestimmung dieser Vereinbarung ganz oder teilweise unwirksam sein oder ihre Rechtswirksamkeit später verlieren, so soll hierdurch die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt werden. Anstelle der unwirksamen Bestimmung soll im Wege der Vertragsanpassung eine andere angemessene Regelung gelten, die wirtschaftlich dem am nächsten kommt, was die Vertragsparteien gewollt hätten, wenn ihnen die Unwirksamkeit der Regelung bekannt gewesen wäre.

**Datenschutzerklärung:** Die erhobenen Daten dienen nur der rechtlichen Absicherung und werden nicht an Dritte weitergegeben.

-----  
Ort / Datum Unterschrift des/r Erziehungsberechtigten

Bitte senden oder faxen Sie uns dieses Schreiben zurück. FAX: 0365 / 8302719