



Einverständniserklärung zu Foto-/Videoaufnahmen

Zur weiteren Optimierung von Behandlungsmethoden, zur Förderung der Lehre und Forschung sowie zur Unterstützung der Öffentlichkeitsarbeit ist Ihre Mithilfe von entscheidender Bedeutung. Deshalb danken wir Ihnen für Ihre Bereitschaft, sich in diesem Rahmen für Veröffentlichungen der Hochschulmedizin Dresden (HSMD) fotografieren und/oder filmen zu lassen.

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Wohnort: _____

Einverständnis allgemein:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die HSMD die von mir entstandenen Foto- und Videoaufnahmen verwenden und in nachfolgend eingewilligten Formen verwerten darf. Dazu übertrage ich der HSMD die ausschließlichen, räumlich, zeitlich und inhaltlich unbegrenzten und uneingeschränkten Rechte. Dies schließt insbesondere - aber nicht ausschließlich - das Recht zur öffentlichen Zugänglichmachung in jeglicher Form, das Vervielfältigungs-, Veröffentlichungs- und Verbreitungsrecht sowie das Recht zur Bearbeitung ein. Eine Vergütung erfolgt nicht. Die HSMD ist nicht verpflichtet, das gesamte Material, welches im Rahmen der Foto- und Videoaufnahmen entstanden ist, in irgendeiner Art und Weise zu verwerten oder zu nutzen.

Projekt / Maßnahme:

Freigabe für:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Carus Media Pool (interne Mediendatenbank der HSMD) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Internet/Intranet der HSMD (Hinweis siehe Rückseite) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| HSMD – Außendarstellung (Presseartikel, Werbemittel, Lehrveranstaltungen, Vorträge, med./wissensch. Kongresse) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Social Media Plattformen
(Unternehmensseiten auf Facebook, Instagram, Twitter, snapchat, linkedIn, Workplace, George, Xing und YouTube) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Die Aufnahmen müssen mir vor der Erstveröffentlichung vorgelegt werden. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Ich bin einverstanden, dass die von mir entstandenen Foto- und Videoaufnahmen auch ohne Angabe meiner persönlichen Daten verwendet werden können.



Zentralbereich Kommunikation

Allgemeine Hinweise:

Mir ist bekannt, dass Informationen im **Internet** einem weltweiten Adressatenkreis zugänglich sind, via Suchmaschinen gefunden und ggf. mit anderen Informationen verknüpft werden können, so dass sich möglicherweise Persönlichkeitsprofile über mich erstellen lassen. Auch bin ich darüber informiert worden, dass ins Internet gestellte Informationen inklusive Fotos ohne großen technischen Aufwand kopiert und weiterverbreitet werden können. Dies kann ggf. dazu führen, dass die über mich im Internet veröffentlichten Informationen auch nach einer Löschung auf der Ursprungsseite weiterhin an anderer Stelle auffindbar sind, weil es spezialisierte Archivierungsdienste gibt, die den Zustand bestimmter Internetseiten zu bestimmten Zeitpunkten dauerhaft dokumentieren. Mir ist zudem bekannt und bewusst, dass diese aufgezeigten Gefahren auch in Bezug auf Veröffentlichungen von Daten auf Social Media Plattformen bestehen.

Widerrufsmöglichkeit:

Die Abgabe dieser Einwilligungserklärung ist freiwillig und berührt nicht den Bestand des Arbeitsverhältnisses. Sie gilt unbefristet bis zu einem Widerruf.

Ich kann meine getroffene Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen **mit Wirkung für die Zukunft** widerrufen. Mir ist bekannt, dass ich das Recht habe, ohne dass ich deswegen Nachteile zu befürchten hätte, meine gespeicherten personenbezogenen Daten einschränken oder löschen zu lassen, der Verarbeitung der Daten zu widersprechen oder unrichtige Daten korrigieren zu lassen.

Meinen Widerruf muss ich schriftlich erklären. Dieser ist zu senden an:

kommunikation@ukdd.de oder per
Post an
Universitätsklinikum Dresden Zentralbereich
Kommunikation
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden.

Die von mir bis dato verwendeten Foto- und Videoaufnahmen werden dann innerhalb von maximal fünf Werktagen aus den entsprechenden Werbematerialien sowie von den genannten Plattformen der HSMD entfernt und nicht mehr für neue Veröffentlichungen verwendet.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Wenn minderjährig:

Vor- und Nachname der/des gesetzlichen Vertreter/s:

Datum: _____ Unterschrift: _____