

## Einwilligungserklärung

Wir sind damit einverstanden, dass im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des -Zentrum für Frauenheilkunde Dr. Pregel GmbH- Fotos und Daten meines/unseres Kindes ausschließlich kontextgebunden für die Babygalerie (Veröffentlichung auf [www.frauenarzt-nordhausen.de](http://www.frauenarzt-nordhausen.de)) verwendet werden, um das Leistungsspektrum der Praxis darzustellen:

Vorname des Kindes:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Nachname des Kindes:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Geburtsdatum des Kindes:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Geburtszeit des Kindes:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Gewicht des Kindes:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Vorname der Eltern:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Nachname der Eltern:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Wohnort:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Fotos mit Dritten:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Angaben zu Dritten:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Porträt-Fotos (Einzelfotos):	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>

### Weitere Veröffentlichung:

Soziale Medien (beispielsweise Facebook/Instagram): ja  nein

Zudem bin ich/sind wir damit einverstanden, dass Fotos meines/unseres Kindes im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des -Zentrum für Frauenheilkunde Dr. Pregel GmbH- ausschließlich Kontext bezogen in Printmedien sowie innerhalb der Praxis veröffentlicht werden. Eine Verwendung der fotografischen Aufnahmen für andere als die beschriebenen Zwecke ist unzulässig. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des bzw. der  
Erziehungsberechtigten:

Unterschrift des bzw. der  
Erziehungsberechtigten:

\_\_\_\_\_  
Druckbuchstaben des bzw. der  
Erziehungsberechtigten:

\_\_\_\_\_  
Druckbuchstaben des bzw. der  
Erziehungsberechtigten:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift Nutzungsberechtigten:

---

Zentrum für Frauenheilkunde GmbH  
Dr.med. Patricia Prengel  
Dr.med. Martin Hesse  
Grimmelallee 4c  
99734 Nordhausen

**Personenbezogene Daten:**

Vorname des Kindes	
Nachname des Kindes	
Geburtsdatum des Kindes	
Geburtszeit des Kindes	
Gewicht des Kindes	
Vorname der Mutter / Vater	
Nachname der Mutter / Vater	
Wohnort	