

Klinikum Wolfsburg
12-1 Zukunftstag
Sauerbruchstraße 7
38440 Wolfsburg

[E-Mail: zukunftstag@klinikum.wolfsburg.de](mailto:zukunftstag@klinikum.wolfsburg.de)

Einverständniserklärung für die Anfertigung und Veröffentlichung von Foto- und Videoaufnahmen

Bezeichnung der Aufnahmen

Datum der Erstellung : Zukunftstag 03.04.2025
Erstellung durch : Mitarbeiter*innen des Klinikum Wolfsburg
Anlass : Öffentliche Kommunikation Klinikum Wolfsburg

Zweck der Aufnahme: Öffentlichkeitsarbeit

Mögliche Veröffentlichungsarten: Print-Medien (z.B. Flyer, Poster, Infohefte, Roll-Ups), Digitale Medien (z.B. Internetseite, Portale, Social Media), Pressearbeit

Hiermit erkläre ich,

Name*

Vorname*

Geburtsdatum*

mich damit einverstanden, dass die oben genannten Fotoaufnahmen erstellt und zum genannten Zweck eingesetzt werden können.

Aus der Zustimmung zur Veröffentlichung leite ich keine Rechte (z. B. Entgelt) ab.

Diese Einverständniserklärung ist gegenüber dem Klinikum Wolfsburg jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar. Im Falle des Widerrufs werden die Aufnahmen von der jeweiligen Plattform entfernt. Waren die Aufnahmen im Internet verfügbar, erfolgt die Entfernung soweit sie den Verfügungsmöglichkeiten des Veranlassers unterliegt.

Mit Vollendung des 15. Lebensjahres ist neben der Einwilligung der Eltern auch die der jeweiligen Schülerin oder des jeweiligen Schülers erforderlich.

Ort*

Datum*

Unterschrift des Kindes*

Unterschrift einer oder eines Erziehungsberechtigten*
