



Ihr Bild. *Ihre Entscheidung.*

Wir zeigen unsere Arbeit gern an echten Menschen, aber nur, wenn Sie das möchten. Auf diesem Bogen legen Sie fest, was wir aufnehmen dürfen und ob Sie dabei anonym bleiben. Jeder Punkt ist einzeln wählbar, alles ist jederzeit widerrufbar.

VORNAME, NACHNAME

GEBURTSDATUM

ANSCHRIFT

TELEFON

E-MAIL

1 Was aufgenommen werden darf Bitte ankreuzen, was zutrifft

- | | |
|--|---|
| ☐ Fotos, auf denen mein Gesicht erkennbar ist
Porträt in der Praxis, Lächeln, Ausschnitt mit Augen | ☐ Nahaufnahmen von Mund und Zähnen
Vorher und Nachher, ohne erkennbares Gesicht |
| ☐ Röntgen- und 3D-Aufnahmen (DVT)
ohne Namen und Geburtsdatum im Bild | ☐ Videoaufnahmen
Behandlungssituation oder kurze Aussage, mit oder ohne Ton |
| ☐ Meine Aussage als wörtliches Zitat
Sie lesen den Wortlaut vor der Veröffentlichung | ☐ Angabe von Behandlung und Behandlungsdauer
zum Beispiel „Implantat, drei Termine“ |

Mit meiner Unterschrift erlaube ich der Zahnarztpraxis Mensch im Mittelpunkt, die oben angekreuzten Aufnahmen auf ihrer Website und in ihren Social-Media-Kanälen zu veröffentlichen, zum Beispiel bei Instagram, Facebook und Google.

2 Anonym oder mit Namen Bitte eine Möglichkeit ankreuzen

- | | |
|---|---|
| ☐ Alles bleibt anonym
Kein Name, kein Alter, keine Angaben, die mich erkennbar machen. Die Praxis darf einen geänderten Vornamen verwenden, gekennzeichnet mit Sternchen. | ☐ Ich darf erwähnt werden
Mit meinem Vornamen, auf Wunsch auch mit Nachnamen und Alter. Bitte unten eintragen, was genannt werden darf. |
|---|---|

Nennen ☐ Vorname ☐ Vor- und Nachname ☐ AlterFreigabe ☐ Ich möchte den fertigen Beitrag vor der Veröffentlichung sehen ☐ nicht nötig



Das Kleingedruckte, *groß geschrieben.*

Freiwillig. Sie müssen nichts ankreuzen. Ob Sie einwilligen oder nicht, hat keinerlei Einfluss auf Ihre Behandlung, auf Termine oder auf die Art, wie wir Sie behandeln.

Ohne Gegenleistung. Für die Einwilligung gibt es kein Geld, keinen Rabatt und keine kostenlose Behandlung. Das ist gesetzlich so vorgesehen (§ 7 Heilmittelwerbegesetz) und schützt Sie: Ihre Aussage bleibt Ihre Aussage.

Wofür. Die Aufnahmen dienen der Darstellung unserer Arbeit gegenüber Patientinnen, Patienten und Fachkreisen. Wir zeigen sie sachlich, ohne Übertreibung und ohne Heilversprechen. Wir bearbeiten Aufnahmen nicht so, dass ein Ergebnis besser aussieht, als es ist.

Gesundheitsdaten. Aufnahmen von Mund und Zähnen gelten als Gesundheitsdaten, auch ohne Gesicht. Rechtsgrundlage der Verarbeitung ist Ihre Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 a und Art. 9 Abs. 2 a DSGVO sowie § 22 Kunsturhebergesetz.

Weltweit abrufbar. Was auf der Website oder bei Instagram erscheint, ist weltweit sichtbar und kann von anderen gespeichert, kopiert oder geteilt werden. Instagram und Facebook gehören zu Meta Platforms, Daten werden dabei auch in den USA verarbeitet.

Widerruf, jederzeit. Sie können diese Einwilligung ganz oder für einzelne Kanäle widerrufen, formlos, zum Beispiel per E-Mail an info@zahnarztpraxis-mim.de. Wir entfernen die Aufnahmen dann innerhalb von 14 Tagen von unseren eigenen Kanälen. Der Widerruf gilt für die Zukunft. Bereits gedruckte Unterlagen und Kopien, die Dritte vorher angefertigt haben, können wir nicht mehr zurückholen.

Aufbewahrung. Dieser Bogen wird in Ihrer Patientenakte aufbewahrt, die Aufnahmen auf gesicherten Praxissystemen. Nach einem Widerruf löschen wir die Aufnahmen aus dem Marketing-Archiv, in der Behandlungsdokumentation bleiben sie, so lange das Gesetz es vorschreibt.

Ihre Rechte. Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit und Beschwerde beim Hessischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit, Wiesbaden. Verantwortlich: M.Sc. Mikael Vüsal Zeynalli, Zahnarztpraxis Mensch im Mittelpunkt, Dieburger Straße 10, 64287 Darmstadt, 06151 79983.

Ich habe die Hinweise gelesen und willige in dem Umfang ein, den ich auf Seite 1 angekreuzt habe.

Bei Minderjährigen unterschreiben beide Sorgeberechtigte. Ab 16 Jahren unterschreibt die oder der Jugendliche zusätzlich selbst.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT PATIENTIN /
PATIENT

UNTERSCHRIFT SORGEBERECHTIGTE (BEI
MINDERJÄHRIGEN)

FÜR DIE PRAXIS

Entgegengenommen von

Datum

Aufnahmen angefertigt am

Beitrag freigegeben am

Eine Kopie dieses Bogens erhalten Sie auf Wunsch mit. Fragen zu Aufnahmen und Veröffentlichung beantwortet unser Empfang, Angela, gern persönlich oder unter 06151 79983.