

Godkännande av estetiska fotografier och videofilmer

Tillstånd för före-/efterfotografering och användning i marknadsföringsmaterial

Klientinformation

Förnamn *

Efternamn *

E-postadress *

Telefonnummer *

Födelsedatum *

ÅÅÅÅ / MM / DD

Foto- och videotillstånd

Detta godkännande tillåter kliniken att fotografera och/eller spela in video på dig före, under och efter din/dina behandling(ar). Dessa bilder kan användas för de syften som valts nedan.

Jag godkänner användning av mina foton/videor för följande syften: *

- ☐ Endast dokumentation av medicinsk journal
- ☐ Före- och efterportfölj (visas på kliniken för potentiella patienter)
- ☐ Klinikens webbplats och sociala mediekonton
- ☐ Betald annonsering och reklamaterial
- ☐ Utbildningspresentationer och utbildning
- ☐ Press, media och publikationer

Inställning för fotoanonymitet *

- ☐ Hela ansiktet får visas
- ☐ Ögonen måste suddas ut/svartas
- ☐ Inga identifierbara ansiktsdrag får visas

Villkor och bestämmelser

Villkor för detta godkännande:

1. Jag förstår att fotografierna/videorna förblir klinikens egendom.
2. Jag avstår från rätten att inspektera eller godkänna de färdiga bilderna eller sammanhanget i vilket de används.
3. Jag förstår att jag inte kommer att få någon ekonomisk ersättning för användningen av mina bilder.
4. Jag kan när som helst återkalla detta godkännande genom att lämna in en skriftlig begäran, men återkallelsen gäller inte bilder som redan har publicerats eller distribuerats.
5. Mitt namn kommer inte att associeras med publicerade bilder om jag inte lämnar separat skriftligt samtycke.
6. Jag fritar kliniken, dess personal och eventuella anslutna parter från alla anspråk som uppstår från användningen av mina fotografier/videor enligt beskrivningen ovan.

Jag har läst och förstår villkoren och bestämmelserna i detta foto- och videogodkännande.

Jag har läst och accepterar villkoren ovan: _____

Samtycke och underskrift

Jag godkänner frivilligt att kliniken fotograferar och/eller spelar in video på mig och använder sådana bilder enligt beskrivningen i detta godkännande. Jag har läst detta dokument i sin helhet och förstår dess innehåll.

Jag bekräftar att jag har läst och förstått informationen ovan och ger mitt informerade samtycke.

Jag har läst och förstår informationen ovan: _____

Underskrift

Datum

Namn i tryckbokstäver

Datum *

ÅÅÅÅ / MM / DD

Denna blankett tillhandahölls kostnadsfritt av Consentify

Consentify omvandlar blanketter som denna till digitalt samtycke som dina klienter signerar på sin egen telefon via QR-kod — med automatiska PDF-filer, kontraindikationsflaggor och krypterad lagring. Gratis plan tillgänglig på <https://getconsentify.com>.

Mall endast. Granska tillsammans med din egen licensierad yrkesperson eller juridisk rådgivare innan användning; kraven varierar beroende på jurisdiktion och verksamhet.