

美学照片和视频发布授权

授权使用治疗前后的照片和营销材料

客户信息

名字 *

姓氏 *

电子邮件地址 *

电话号码 *

出生日期 *

MM / DD / YYYY

照片和视频授权

本授权允许诊所在您的治疗前、期间和之后对您进行拍照和/或录像。这些图像可用于下方选定的目的。

我授权将我的照片/视频用于以下目的： *

☐ 仅用于医疗记录文件

☐ 前后对比作品集（在诊所向潜在患者展示）

☐ 诊所网站和社交媒体账户

☐ 付费广告和宣传材料

☐ 教育演示和培训

☐ 新闻、媒体和出版物

照片匿名偏好 *

☐ 可以显示整个面部

☐ 眼睛必须被遮挡/涂黑

☐ 不得显示可识别的面部特征

条款和条件

本发布的条款：

1. 我理解照片/视频将仍然是诊所的财产。
2. 我放弃检查或批准最终图像或其使用环境的任何权利。
3. 我理解我不会因使用我的图像而获得财务补偿。
4. 我可以随时通过提交书面请求来撤销本授权，但撤销不适用于已发布或分发的图像。
5. 除非我另行提供书面同意，否则我的名字不会与发布的图像相关联。
6. 我免除诊所、其工作人员和任何关联方对因使用我的照片/视频而产生的任何索赔，如上所述。

我已阅读并理解本照片和视频发布授权的条款和条件。

我已阅读并同意上述条款：

同意和签名

我自愿授权诊所对我进行拍照和/或录像，并按照本发布所述使用此类图像。我已完整阅读此文件并理解其内容。

我确认已阅读并理解上述信息，并给予我的知情同意。

我已阅读并理解上
述信息: _____

签名

日期

打印姓名

日期 *

MM / DD / YYYY

本表格由 Consentify 免费提供

Consentify 将这样的表格转化为数字同意书，您的客户可以通过二维码在自己的手机上签署——包括自动生成 PDF、禁忌症标记和加密存储功能。免费方案现已开放，详情请访问 <https://getconsentify.com>。

仅供参考。在使用前，请与您的持证专业人士或法律顾问进行审查；要求因司法管辖区和执业类型而异。