pro Klinik Holding GmbH Neuruppin.

Einwilligungserklärung
Foto- und Videoaufnahmen

Rechtsgrundlage: *Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO | §§ 22, 23 KunstUrhG*

Personengruppe: ☐ Patient*in ☐ Besucher*in ☐ Mitarbeiter*in ☐ Auszubildende*r

Vorname Name: _____

Anschrift: _____

_____

Geburtsdatum: _____

Berufsbezeichnung: _____ (für Mitarbeiter/Auszubildende)

Verantwortlicher im Sinne der DSGVO (bitte ankreuzen):

☐ **pro** Klinik Holding GmbH (nachfolgend „**pkh**“) bzw.

☐ Tochtergesellschaft: _____

Kontaktadresse: **pro** Klinik Holding GmbH, Datenschutzbeauftragter: datenschutz@ukrb.de, Telefon: +49 3391 39 11220, Fehrbelliner Straße 38, 16816 Neuruppin

1. UMFANG DER EINWILLIGUNG

Ich willige in die unentgeltliche Anfertigung, Verarbeitung und Veröffentlichung von Foto- und Videoaufnahmen meiner Person für folgende Zwecke ein (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Digitale Medien:

☐ Internetseite der **pkh** und verbundener Unternehmen (https://www.ukrb.de/datenschutz.html)

☐ Intranet / Beekeeper (prointern.ruppiner-kliniken.de & ukrb.de.beekeeper.io)

☐ Social Media (Facebook, Instagram, TikTok, YouTube, LinkedIn, X/Twitter)

Printmedien:

☐ Fotowände / Aushänge in Räumlichkeiten der **pkh**

☐ Flyer, Broschüren, Plakate, Hauszeitung „Mein Klinikum“

☐ Presse- und Medienarbeit

Wissenschaftliche Verwendung:

☐ Präsentationen (Fortbildung, Ausbildung, Wissenschaft)

☐ Fachpublikationen und Veranstaltungsdokumentation

Nennung personenbezogener Daten:

☐ Vor- und Nachname ☐ Nur Vorname ☐ Nur Nachname ☐ Keine Namensnennung

Nur für Mitarbeitende / Auszubildende:

☐ Berufsbezeichnung / Funktion ☐ Abteilung / Arbeitsbereich

2. NUTZUNG, BEARBEITUNG UND WEITERGABE

Die Aufnahmen dürfen bearbeitet werden (Zuschnitt, Farbkorrektur, Texte/Logos), soweit dies nicht entstellend wirkt.

Weitergabe an Dritte – bitte gesondert einwilligen:

☐ Ich willige in die Weitergabe meiner Aufnahmen an verbundene Unternehmen der **pkh**, beauftragte Dienstleister (Druckereien, Agenturen) sowie Presseorgane im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit ein.

Hinweis zu Drittlandtransfers:

Bei Veröffentlichung auf Social-Media-Plattformen (insbesondere Facebook, Instagram, TikTok, YouTube, LinkedIn, X/Twitter) können Ihre Daten in Länder außerhalb der Europäischen Union übermittelt werden, für die kein Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission vorliegt. Weitere Informationen zu den Garantien finden Sie in unserer Datenschutzerklärung unter https://www.ukrb.de/datenschutz.html.

3. GÜLTIGKEITSDAUER

Allgemein (Patienten, Besucher):	10 Jahre ab Unterzeichnung
Mitarbeitende / Auszubildende:	10 Jahre ab Ende des Beschäftigungsverhältnisses (Begründung: langfristige Nutzung in Archiven und Publikationen)
Gedruckte Materialien:	Bis zum Auflagenverbrauch

Hinweis: Die Geltungsdauer von 10 Jahren ist erforderlich, um die Nutzung der Aufnahmen in langfristigen Publikationen, Archiven und Kampagnen sicherzustellen. Sie können die Einwilligung jederzeit widerrufen (siehe Abschnitt 5).

4. WICHTIGE HINWEISE

Freiwilligkeit:

Diese Einwilligung ist vollständig freiwillig. Eine Verweigerung oder ein Widerruf hat keinerlei negative Folgen – insbesondere keine Auswirkungen auf Ihre Behandlung, Ihr Beschäftigungs- oder Ausbildungsverhältnis, Ihre Beurteilung oder Ihre berufliche Entwicklung.

Hinweis für Mitarbeitende und Auszubildende:

Aufgrund des bestehenden Beschäftigungsverhältnisses wird besonderer Wert auf die Sicherstellung der Freiwilligkeit gelegt. Die Einwilligung wird unabhängig vom Einstellungs- oder Beurteilungsprozess

Hinweis zu Online-Veröffentlichungen:

Online veröffentlichte Aufnahmen sind weltweit abrufbar. Eine vollständige Kontrolle über Download und Weiterverwendung durch Dritte ist technisch nicht möglich.

Hinweis zu Patientenaufnahmen:

Aufnahmen von Patienten können Gesundheitsdaten im Sinne von Art. 9 DSGVO darstellen (z. B. bei erkennbaren Erkrankungen oder klinischem Kontext). Diese werden ausdrücklich nur auf Grundlage Ihrer Einwilligung gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO verarbeitet.

5. WIDERRUFSRECHT

Sie können diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen an:
pro Klinik Holding, Datenschutzbeauftragter, Fehrbelliner Straße 38, 16816 Neuruppin E-Mail: daten-schutz@ukrb.de

Der Widerruf wirkt nur für die Zukunft. Bereits veröffentlichte Printmaterialien können nicht zurückgerufen werden.
Ihr Widerruf kann formlos erfolgen.

6. IHRE RECHTE NACH DER DSGVO

Ihre Rechte

Auskunft (Art. 15 DSGVO), Berichtigung (Art. 16 DSGVO), Lösung (Art. 17 DSGVO), Einschränkung (Art. 18 DSGVO), Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO)

Beschwerde

Art. 77 DSGVO – Aufsichtsbehörde: Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Brandenburg, Stahnsdorfer Damm 77, 14532 Kleinmachnow

7. ERKLÄRUNG UND UNTERSCHRIFT

☐ Ich habe die Informationen gelesen und verstanden.

☐ Ich bin über mein Widerrufsrecht und meine Rechte nach der DSGVO informiert.

☐ Ich willige in die Anfertigung und Verwendung von Aufnahmen im angekreuzten Umfang ein.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Bei Minderjährigen unter 18 Jahren:

☐ Als gesetzliche/r Vertreter/in willige ich für die minderjährige Person ein.

Ort, Datum _____ Unterschrift (gesetzl. Vertreter*in) _____

Bei Minderjährigen ab 14 Jahren zusätzlich:

Ort, Datum _____ Unterschrift (Minderjährige*r) _____

Bei volljährigen Personen mit gesetzlicher Betreuung / Bevollmächtigung:

☐ Als gesetzliche/r Betreuer/in mit Aufgabenkreis Gesundheitssorge / Personensorge willige ich ein.

☐ Als Bevollmächtigte/r Vertreter/in mit Vorsorge- / Betreuungsvollmacht willige ich ein.

Name des/der Vertretungsberechtigten: _____

Aktenzeichen / Beschluss (bei Betreuung): _____

☐ Betreuungsausweis liegt vor (Kopie beigefügt)

☐ Vollmacht liegt vor (Kopie beigefügt)

Ort, Datum _____ Unterschrift (Vertretungsberechtigte*r) _____