

## DOKUMENTACIONI I TË KALUARËS dhe REZULTATET NGA JASHTË

(me fotografi, filmime, etj.)

---

Unë bie dakord që fëmija im .....

(ju lutemi emri dhe mbiemri me germa të  
mëdha shtypi)

të filmohet si pjesë e trajtimit për qëllime të dokumentimit/fotografimit të terapisë.

- Unë bie dakord që të publikohen fotografitë, filmimet dhe regjistrimet televizive të personit të lartpërmendur, për qëllime të marrëdhënieve publike (përdorim për postera, emaile, faqe interneti, reklama, komunikata të ndryshme për shtyp, etj.).
- për zhvillime të veprimtarive mësimore , etj.
- Unë bie dakord që klinika Sonnenschein të kërkojë gjetje të tjera nga institucione dhe terapistë të tjerë të përshtatshëm sipas nevojave.
- Unë bie dakord që departamentet ose klinikat që unë vizitoj me fëmijën (p.sh. Spitali Ortopedik Speising) mund të përfitojnë nga rezultatet e klinikës ambulatore.

.....  
Data

.....  
Nënshkrimi i prindit/kujdestarit