

DOKUMENTIRANJE PROCESA i EKSTERNI NALAZI

(pomoću fotografija, filmskih zapisa itd.)

Slažem se da moje dijete

(tiskanim slovima napišite ime i prezime)

u okviru terapije u svrhu dokumentiranja procesa bude snimano/fotografirano.

- Slažem se da se fotografije, filmske i televizijske snimke gore navedene osobe objave u svrhu promidžbe (za plakate, e-mailove, mrežnu stranicu, oglase, razne objave za tisak etc.).
- pokažu radi usavršavanja, podučavanja itd.
- Slažem se da Ambulanta Sonnenschein po potrebi može naručivati nalaze od drugih institucija i lokalnih terapeuta.
- Slažem se da odjeli i klinike koje sam posjetio sa svojim djetetom (npr. Orthopädisches Spital Speising) mogu dobiti nalaze od Ambulante.

.....
Datum

.....
Potpis skrbnika