

**Metabolicum Ruhr**  
Stoffwechszentrum an der Universitäts-  
Kinderklinik Bochum  
Dr. med. Nesrin Karabul  
Alexandrinenstr. 5, 44791 Bochum  
Tel.: 0234 / 509 - 6650  
Fax: 0234 / 509 - 2688  
n.karabul@klinikum-bochum.de  
www.metabolicum-ruhr.de

**Katholisches Klinikum Bochum**  
St. Josef-Hospital  
Universitätsklinikum

**UK RUB** UNIVERSITÄTSKLINIKUM DER  
RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM

---

## **Einverständniserklärung zur Mitwirkung an einer videounterstützten Bewegungs – und Ganganalyse**

**durch Herrn Mike Unmacht und Frau Dr. Nesrin Karabul**

**Name/n:** \_\_\_\_\_

**Kind/er:** \_\_\_\_\_

**Geb. Datum:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ / Ort** \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich / auch im Namen meines Kindes / mit der Aufzeichnung von Fotos, Videos oder Ton im Rahmen der Dokumentation einverstanden.

Ich gestatte, die von mir / meinem Kind / entstandenen Aufnahmen zeitlich und räumlich uneingeschränkt zu nutzen, zu bearbeiten und zu veröffentlichen. Mit der Mehrfachverwertung - auch in digitaler Form . bin ich einverstanden.

Grundsätzlicher Sinn der Aufnahmen ist die Verwendung i.R. wiss. Arbeiten, Fachzeitschriften sowie zu Fortbildungs- und Dokumentationszwecken.

Die Beiträge dienen zur internen und externer Weitergabe sowie zur Veröffentlichung in medizinischen Fachzeitschriften. Themenfremde und werbliche Nutzung bedürfen meiner /unserer schriftlichen Zustimmung im Einzelfall.

Ich übertrage alle erforderlichen Nutzungs- und Verwertungsrechte unentgeltlich. Diese Erklärung ist verbindlich. In besonderen Ausnahmefällen, wie dem Eintreten einer Unzumutbarkeit der Ausstrahlung auf Grund einer entsprechend veränderten Lebenssituation, wende ich mich umgehend an Frau Dr. Karabul.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift/en: \_\_\_\_\_

Als Vertreter der genannten Personen verfüge ich über die entsprechenden Vollmachten.