

Einverständniserklärung zur Nutzung der eingereichten Dentosophie-Fälle

Name des Teilnehmers: _____

E-Mail-Adresse: _____

Datum: _____

Ich, [Name des Teilnehmers], bestätige hiermit, dass ich die vollständigen Rechte an den eingereichten Bildern und Fallstudien besitze.

Ich erteile Dr. Silke Waggershauser, der Medident GmbH und der DG Dentosophie die **uneingeschränkte Erlaubnis**, die eingereichten Materialien in Versionen in folgenden Bereichen zu verwenden:

- **Social Media** (Instagram, Facebook, LinkedIn, etc.)
- **E-Mail-Newsletter**
- **Kongresse und Präsentationen**
- **Marketing- und Schulungszwecke**
- **Website**

Ich bin mir bewusst, dass die Veröffentlichung **öffentlich zugänglich** ist und dass ich **keinen Anspruch auf Vergütung oder nachträgliche Entfernung** der Materialien habe.

Ich bin damit einverstanden, dass ich namentlich erwähnt werde zu meinem Fall.

Falls auf den eingereichten Bildern andere Personen erkennbar sind, versichere ich, dass **diese Personen mir ihre schriftliche Zustimmung zur Veröffentlichung gegeben haben**.

Unterschrift: _____

Datum, _____