

## Dreh-, Aufnahme- und Fotografieregenehmigung

Redakteur, Sender	E-Mail
Drehzeit	
Drehort	
Thema	
Voraussichtliche Sendezeit, Sender	

Einverständnis des zuständigen Abteilungsvorstandes liegt vor  ja

Name
------

Genehmigung der tirol kliniken durch

Name
------

Jegliche Form der Aufzeichnung von PatientInnen bedarf einer gesonderten Einverständniserklärung.

**Dreh-, Aufnahme- bzw. Fotografieregenehmigung wird erteilt.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift