

Orth. Universitätsklinik, Marienburgstr.2, 60528 Frankfurt a. M.

**Dorothea Liesenberg**  
Stabstelle  
Marketing und Projekte

Telefon +49 (69) 6705-303  
Telefax +49 (69) 6705- 280  
d.liesenberg@friedrichsheim.de

Unser Zeichen: DL  
Datum: 21.02.2018

## **Antrag auf Erlaubnis von Dreh- und Fotoarbeiten**

Liebe Medienvertreterinnen und -vertreter,

wir freuen uns, dass Sie die Orthopädische Universitätsklinik Friedrichsheim für Dreh- und Fotoarbeiten besuchen möchten.

Um Ihre Arbeit bestmöglich unterstützen zu können, bitten wir Sie, uns den ausgefüllten Antrag nach Möglichkeit spätestens eine Woche vor dem geplanten Aufnahmetermin unterschrieben als Scan, per E-Mail oder per Post an die nebenstehende Adresse zurückzuschicken. Auf diese Weise möchten wir sicherstellen, die Geschäftsführung und weitere betroffene Personen rechtzeitig zu informieren.

Bitte beachten Sie zudem die beigefügten Nutzungsbedingungen.

Nach Zustimmung durch die Geschäftsführung der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim, erhalten Sie umgehend die offizielle Drehgenehmigung per E-Mail oder FAX.

Mit freundlichen Grüßen

Dorothea Liesenberg  
Stabstelle Marketing und Projekte

**Orthopädische Universitätsklinik  
Friedrichsheim gGmbH**  
Marienburgstraße 2  
60528 Frankfurt am Main  
Telefon +49 (69) 6705-0  
Telefax +49 (69) 6705-280  
info@friedrichsheim.de  
www.orthopaedische-uniklinik.de

Aufsichtsratsvorsitzender:  
Dr. Walter Arnold  
Geschäftsführer:  
Univ.-Prof. Dr. med. Andrea Meurer  
Dipl.-Kfm. (FH) Hauke Heißmeyer

Bankverbindung:  
Frankfurter Sparkasse  
BLZ 500 502 01  
Konto 927 327  
IBAN: DE29500502010000927327  
SWIFT/BIC: HELADEF1822

Registergericht:  
Amtsgericht Frankfurt am Main  
HRB 78200

## **Nutzungsbedingungen**

### **1. Vorrang des Klinikbetriebes**

Der Klinikbetrieb darf nicht gestört und beeinträchtigt werden. Die Aufnehmenden beachten in jeder Phase der Aufnahmearbeiten die Belange des Klinikbetriebes. Patientenbehandlungen sowie Zu- und Abgänge zu entsprechenden Bereichen dürfen nicht beeinträchtigt werden.

### **2. Verwertungsrechte**

Die Aufnahmen sind nur für den angegebenen Zweck erlaubt. Für die Weiterverwertung in anderen als den vereinbarten Kontexten oder die Weitergabe des Bild- und Filmmaterials an Dritte bedarf es der vorherigen Erlaubnis durch die Geschäftsführung der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim.

Der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim werden gratis und unaufgefordert zwei Belegexemplare bzw. ein Mitschnitt (DVD) zugesandt. Diese können für klinische Zwecke genutzt und z.B. in den Web-Auftritt der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim eingebunden werden.

### **3. Haftung / Rechte Dritter**

Bei den Aufnahmen werden die Rechte Dritter, insbesondere an ihrem eigenen Bild, gewahrt. Bei Aufnahmen von unbeteiligten Personen (wie Patienten und Mitarbeiter der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim) klärt der/die Antragsteller/in entsprechende Wünsche und Bildrechte direkt mit den betroffenen Personen.

### **4. Hausordnung**

Mit dem Betreten des Geländes der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim erkennt der/die Antragsteller/in die Hausordnung an.

Von den Nutzungsbedingungen habe ich Kenntnis genommen und erkenne diese als verbindlich an.

---

**Datum**

---

**Unterschrift Antragsteller/in**

**Antrag auf Erlaubnis von Dreh- und Fotoarbeiten  
in der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim**

Antragsteller/in: \_\_\_\_\_

Kontakt (Telefon und E-Mail): \_\_\_\_\_

Ggf. Auftraggeber/Medium/Institution: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Thema und Art des Beitrags: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autor oder Herausgeber bei Veröffentlichung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gewünschter Dreh-/Aufnahmezeitraum (Datum/Zeitfenster): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gewünschter Dreh-/ Aufnahmeort: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Größe des Kamera-/Foto-/Redaktionstermins (Personenzahl): \_\_\_\_\_

Verwendung (Film, Publikation, Hörfunkbeitrag o. ä.): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ggf. voraussichtlicher Sendetermin: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Antragsteller/in**

Das Ausfüllen des grauen Kastens erfolgt durch die Geschäftsführung der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim.

Der Antrag wird genehmigt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Geschäftsführung)