

ФОРМА ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ

на опубликование фотографий пациента в медицинском (научно-практическом) журнале

Пациент: _____
ФИО полностью

Врач: _____
ФИО полностью

_____ *должность, место работы*

_____ *контактная информация*

Предмет рукописи: _____

Предмет фотографии: _____

Я, _____
ФИО пациента или его родителя (законного представителя)

предоставляю свое письменное информированное согласие на осуществление фотосъемки меня или моего ребенка, или ребенка, законным представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть). Я осознаю, что фотографии могут быть использованы в образовательных целях или публикациях медицинских книг или статей, как указано мной ниже. Давая согласие на использование фотографий, я понимаю, что не получу за них плату от какой-либо из сторон. Я осведомлен(а), что мой отказ от предоставления согласия на использование фотографий не повлияет на качество медицинских услуг, которые мне будут предоставлены. Я могу отозвать свое согласие в любое время до опубликования фотографий. Вместе с тем я понимаю, что после того, как фотографии будут переданы на опубликование («поступят в печать»), отозвать согласие будет невозможно.

Подписывая данную форму, я подтверждаю, что положения данного согласия были мне четко и доступно разъяснены.

Я даю письменное информированное согласие на использование моих изображений в образовательных целях или для публикации в медицинских книгах или журналах (включая их электронные версии). Я понимаю, что мои изображения помимо научного и медицинского сообщества могут быть доступны широкой общественности, включая средства массовой информации. Несмотря на то, что изображения не будут сопровождаться моими персональными данными (мои ФИО, номер истории болезни или иные идентификаторы, прямо указывающие на меня), и журнал примет все меры для обеспечения моей анонимности, я осознаю возможность того, что кто-либо может узнать меня.

Подпись _____ Фамилия ИО _____

Отметьте, если пациент является несовершеннолетним или недееспособным

Дата: _____