

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.43	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 2

Doktorum veya yardımcısı tarafından, ameliyat öncesi, ameliyat sırasında ve ameliyat sonrası, yüzümün fotoğraflarının çekilmesine izin veriyorum. Bu fotoğraflar, tıbbi amaçlar için kullanılacak ve uygun koşullarda, süresiz olarak saklanacaktır. Çekilen fotoğraflarım için hiç bir ücret almayı beklemiyorum. Bu fotoğraf çekim izinin vermezsem, tedavimin olumsuz şekilde etkilenmeyeceğini de biliyorum.

1. Çekilen fotoğraflarımın sadece hasta **klirik dosyamda saklanması** kabul ediyorum.
2. Çekilen fotoğraflarım, **eğitim için toplantılarda gösterilebilir/kullanılabilir**.
3. Çekilen fotoğraflarım, şu anda veya gelecekte, basılı veya elektronik kitap ve dergi gibi **tıbbi yayınlarda** kullanılabilir. **Yayımlanan bu fotoğraflarda, yüzüm tanınabilir. Aslında bu yayınlarda, tıp profesyonelleri ve öğrencilerine yönelik hazırlansa da, diğer kişiler tarafından da görülebilir.**

**Ad Soyad**                      **İmza**                      **Tarih**                      **Telefon/email**

**(Eğer hasta 18 yaşından küçük ise ebeveyn tarafından da imzalanacaktır)**

#### **Consent for Medical Photography**

I, the undersigned, hereby authorize my doctor to obtain photographs prior to surgery, during surgery and following my operation(s) for the purposes of medical illustration and to store such images in an appropriately secure fashion for an indefinite period after obtaining them. I confirm that I do not expect to receive payment for my consent and am aware that my treatment will not be affected in any way if I do not agree.

1. I agree that such illustrations **may be held with my clinical patient records.**
2. I agree that such illustrations **may be used for teaching in meetings.**
3. In addition, I consent to the images so obtained being used in published medical materials, in particular for medical textbooks or journals, in any form, whether printed or electronic, both now and in the future. I understand that it is the nature of such illustration that it may not be possible to conceal my identity as the subject of the illustration. **Whilst my name will never be published, my face or other parts of me may potentially be recognizable to those who know me. The publications in which the illustration may appear are intended for healthcare professionals, but may, in the ordinary course of events, be seen by other people.**

**Name and Surname**                      **Signature**                      **Date**                      **Mobile phone/email**

**(If the patient is younger than 18, one of the parents will also sign)**