EK-1

Op. Dr. Erkan Kulduk
K.B.B. KLİNİĞİ

GÖRSEL İÇERİK KAYDETME VE İŞLEME ONAM FORMU

Şahsıma ait fotoğraf ve/veya video çekimlerinin yapılmasına ve çekimler sırasında ortaya çıkacak görsel içeriklerimin sağlık hizmetlerinde tanıtım ve bilgilendirme çerçevesinde adı geçen sağlık tesisi/sağlık meslek mensubu tarafından işlenmesine, paylaşılmasına ve kullanılmasına kimliğimin gizli tutulması şartı ile açık rızam olduğunu ve işbu metni okuyup anladığımı kabul ediyorum.

Onamı Veren/Yasal Temsilcisi
Adı Soyadı:
T.C. Kimlik No:
Tarih:
İmza:

Onamı Alan:
Sağlık Tesisi: DR. ERKAN KULDUK
Uygulayıcı Hekimin Adı Soyadı: DR.ERKAN KULDUK
Görevi/Ünvanı: KULAK BURUN BOĞAZ UZMANI
T.C.Kimlik No:
Tarih:
İmza:

Açıklamalar:
*Hasta istediği zaman verdiği bu onamı(rızayı) geri çekme hakkına sahiptir.
*Bu rıza formu, görsel verilerin işlenmesi, paylaşılması ve kullanılmasına yönelik olup, tedavi sürecine etkisi yoktur.
*Her cerrahi veya girişimsel işlem risk taşır.Sonuçlar kişiden kişiye değişiklik gösterebilir.Her vakada aynı sonuç elde edilemeyebilir.Erken dönem sonuçları yanıltıcı olabilir,görseldeki sonuç zamanla değişebilir.İşlem öncesinde hastanın uygulayıcı hekim tarafından bilgilendirilmesi zorunludur.