

শিক্ষার জন্য শনাক্তকরণযোগ্য তথ্য থাকতে পারে এমন শব্দ এবং ছবির রেকর্ডিং ব্যবহার করার সম্মতি

আমি _____ আমার চিকিৎসক বা মনোনীত ব্যক্তিকে _____
রোগীর নাম চিকিৎসক বা মনোনীত ব্যক্তির নাম

শিক্ষামূলক উদ্দেশ্যে আমার পরিচর্যা করাকালীন তোলা ছবি এবং শব্দের রেকর্ডিং ব্যবহার করার জন্য অনুমোদন প্রদান করছি যেগুলির মধ্যে পাঠ্যপুস্তক, জার্নাল এবং ইলেকট্রনিক ফরম্যাটে উপস্থাপনা বা প্রকাশনা অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে।

আমি বুঝি যে ছবি এবং শব্দের রেকর্ডিং শেয়ার করার জন্য আমার অনুমোদন প্রদান করা বা আমার অনুমোদন প্রত্যাহার করা কোনোভাবেই আমি যে চিকিৎসা পরিষেবা গ্রহণ করি তাকে প্রভাবিত করবে না। আমার কোনো প্রশ্ন থাকলে বা ভবিষ্যতে আমার অনুমোদন প্রত্যাহার করতে চাইলে, আমি আমার প্রদানকারীর সাথে যোগাযোগ করতে পারি।

আমি বুঝি যে আমি যেকোনও সময় এই অনুমোদন প্রত্যাহার করতে পারি, এবং এটি আগামী সময়ের জন্য প্রযোজ্য হবে তবে ইতিমধ্যে শেয়ার করা ছবি এবং শব্দের রেকর্ডিংয়ের ক্ষেত্রে এটি প্রযোজ্য হবে না।

আমি বুঝি যে এই ছবিগুলি এবং শব্দের রেকর্ডিংগুলি বিজ্ঞানী এবং চিকিৎসা গবেষক যারা এই প্রকাশনাগুলি নিয়মিত তাদের শিক্ষার ক্ষেত্রে ব্যবহার করে থাকেন, তারা ছাড়াও সাধারণ জনগণ দেখতে বা শুনতে পারেন।

আমি বুঝি যে এই ছবিগুলি এবং শব্দের রেকর্ডিংগুলিতে শনাক্তকরণ যোগ্য তথ্য থাকতে পারে এবং এমনও সম্ভব যে এগুলি থেকে যেকোনো আমাকে চিনে ফেলতে পারে।

আমি বুঝতে পেরেছি যে আমি আমার ছবি এবং শব্দের রেকর্ডিংগুলি ব্যবহার করার জন্য কোনো পক্ষের তরফ থেকেই পেমেন্ট গ্রহণ করব না।

এই সম্মতি ফর্মটি সমস্ত ছবি এবং শব্দের রেকর্ডিংয়ের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য, যদি না নিম্নলিখিত রূপে উল্লেখ করা থাকে।

- এই তারিখে নেওয়া: _____
- আমার শরীরের এই অংশ: _____
- নিম্নলিখিত পরিষেবা প্রদানকারী দ্বারা ব্যবহারের জন্য: _____
- অন্য: _____

নীচের এই ফর্মে স্বাক্ষর করে, আমি নিশ্চিত করছি যে এই ফর্মের বিষয়বস্তু আমাকে সম্পূর্ণরূপে ব্যাখ্যা করা হয়েছে এবং আমার প্রশ্নের উত্তর লাভ করার সুযোগ পেয়েছি।

রোগী* বা আইনসম্মতভাবে অনুমোদিত প্রতিনিধি**

| ছাপার হরফে লেখা নাম | স্বাক্ষর | তারিখ | সময় | সম্পর্ক |
|------------------------------------|-----------------------------|-------|------|---|
| স্বাক্ষর সাক্ষী | | | | প্রত্যক্ষকৃত রোগী স্বাক্ষর নিশ্চিত করছেন (প্রযোজ্য হলে বাক্সে টিক দিন) |
| ছাপার হরফে লেখা নাম | স্বাক্ষর | তারিখ | সময় | |
| পছন্দের ভাষা দোভাষীর নাম বা নম্বর | | | | রোগী দোভাষী প্রত্যাখ্যান করেছেন (প্রযোজ্য হলে বাক্সে টিক দিন) |
| ছাপার হরফে লেখা নাম এবং/অথবা নম্বর | স্বাক্ষর (যদি উপস্থিত থাকে) | তারিখ | সময় | |

টেলিফোন/ভিডিও সম্মতি (প্রযোজ্য হলে বাক্সে টিক দিন), আইনসম্মতভাবে অনুমোদিত প্রতিনিধি**/দোভাষীর স্বাক্ষরের প্রয়োজন নেই।

ছাপার হরফে লেখা নাম উপস্থিত চিকিৎসক/বিশেষাধিকারপ্রাপ্ত পরিষেবা প্রদানকারীর স্বাক্ষর তারিখ সময়

*অবশ্যই রোগীর স্বাক্ষর নিতে হবে যদি না রোগীর বয়স 18 বছরের কম হয় বা তার ক্ষমতা না থাকে।

** আদালত দ্বারা নিযুক্ত অভিভাবক, হেলথ কেয়ার প্রক্সি, বা পারিবারিক স্বাস্থ্য পরিচর্যা সিদ্ধান্ত আইনের অধীনে নিযুক্ত সারোগেট।