

## Согласие на использование в образовательных целях звукозаписей и изображений, которые могут содержать информацию, позволяющую установить личность

Я, \_\_\_\_\_, разрешаю своему врачу или уполномоченному лицу \_\_\_\_\_

Имя и фамилия пациента

Имя и фамилия врача или  
уполномоченного лица

использовать изображения и звукозаписи, полученные в ходе моего лечения, в образовательных целях, в том числе для презентаций или публикаций в учебниках, журналах и электронных форматах.

Я понимаю, что отказ предоставлять согласие на передачу изображений и звукозаписей или его отзыв никоим образом не повлияет на медицинские услуги, которые я получаю. Если у меня возникнут вопросы или я захочу отозвать свое согласие в будущем, я могу обратиться к своему поставщику услуг.

Я понимаю, что могу отозвать согласие в любое время, после чего оно не будет действовать; это изменение не будет применяться к изображениям и звукозаписям, которые уже были использованы.

Я понимаю, что эти изображения и звукозаписи может увидеть или услышать широкий круг лиц, наряду с учеными и исследователями в области медицины, которые регулярно используют такие публикации в своей образовательной деятельности.

Я понимаю, что эти изображения и звукозаписи могут содержать информацию, позволяющую установить личность, и не исключено, что кто-то меня узнает.

Я понимаю, что не буду получать оплату от каких-либо сторон за использование моих изображений и звукозаписей.

Данная форма согласия распространяется на все изображения и звукозаписи, если иное не указано ниже.

- Сделанные в этот день: \_\_\_\_\_
- Касаются этой части моего тела: \_\_\_\_\_
- Для использования этим поставщиком (поставщиками): \_\_\_\_\_
- Другое: \_\_\_\_\_

Подписывая эту форму ниже, я подтверждаю, что мне полностью разъяснили ее содержание и у меня была возможность получить ответы на свои вопросы.

### Пациент\* или законный представитель\*\*

Имя и фамилия печатными буквами      Подпись      Дата      Время      Кем приходится

### Подпись свидетеля

Имя и фамилия печатными буквами      Подпись      Дата      Время       Свидетель подписания документа пациентом (отметьте, если применимо)

### Имя, фамилия или номер переводчика, работающего с предпочтительным языком

Имя и фамилия печатными буквами и/или номер      Подпись (если имеется)      Дата      Время       Пациент отказался от услуг переводчика (отметьте, если применимо)

Согласие, полученное посредством телефонного или видеозвонка (отметьте, если применимо); подпись законного представителя\*\* / переводчика не требуется.

Имя и фамилия печатными буквами      Подпись лечащего врача / уполномоченного поставщика услуг      Дата      Время

\* Подпись пациента необходима за исключением ситуаций, когда ему еще не исполнилось 18 лет или он не признан полностью дееспособным.

\*\* Назначенный судом опекун, доверенное лицо для принятия решений о медицинской помощи или доверенное лицо в соответствии с Законом о решениях в области семейного здравоохранения.