

## Zgoda na wykorzystanie do celów edukacyjnych nagrań dźwiękowych i wideo, które mogą zawierać informacje umożliwiające identyfikację

Ja, \_\_\_\_\_, upoważniam mojego lekarza lub wyznaczoną osobę \_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko pacjenta Imię i nazwisko lekarza lub wyznaczonej osoby

do wykorzystania do celów edukacyjnych nagrań dźwiękowych i wideo z moim udziałem utworzonych podczas sprawowania nade mną opieki medycznej, włączając w to prezentacje i publikacje w podręcznikach, dziennikach i formatach elektronicznych.

Rozumiem, że nieudzielenie lub wycofanie zgody na udostępnienie nagrań dźwiękowych i wideo z moim udziałem pozostanie bez wpływu na otrzymywaną opiekę medyczną. W przypadku pytań lub chęci wycofania zgody w przyszłości mogę skontaktować się z moim świadczeniodawcą.

Rozumiem, że mogę wycofać swoją zgodę w dowolnym momencie oraz że takie wycofanie będzie odnosić się do przyszłości i nie ma zastosowania do nagrań dźwiękowych i wideo z moim udziałem, które zostały już udostępnione.

Rozumiem, że poza udostępnianiem naukowcom i badaczom, którzy regularnie korzystają z tych publikacji do celów edukacyjnych, te nagrania dźwiękowe i wideo mogą być wysłuchiwane lub oglądane publicznie.

Rozumiem, że te nagrania dźwiękowe i wideo mogą zawierać informacje umożliwiające identyfikację oraz że rozpoznanie mnie jest możliwe.

Rozumiem, że nie otrzymam zapłaty od żadnych stron za wykorzystanie nagrań dźwiękowych i wideo z moim udziałem.

Ten formularz zgody ma zastosowanie do wszystkich nagrań dźwiękowych i wideo z moim udziałem, o ile nie określono inaczej poniżej.

- Data wykonania: \_\_\_\_\_
- Część ciała: \_\_\_\_\_
- Do wykorzystania przez następujących świadczeniodawców: \_\_\_\_\_
- Inne: \_\_\_\_\_

Podpisując ten formularz, potwierdzam, że uzyskałem(-am) pełne wyjaśnienia oraz miałem(-am) możliwość zadania pytań.

### Pacjent\* lub prawnie upoważniony przedstawiciel\*\*

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)	Podpis	Data	Godzina	Związek
<b>Podpis świadka</b>				Potwierdza, że pacjent złożył podpis w jego obecności (zaznaczyć pole, jeśli ma zastosowanie)
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)	Podpis	Data	Godzina	Związek
<b>Imię i nazwisko lub numer tłumacza na preferowany język</b>				Pacjent nie wyraził zgody na obecność tłumacza (zaznaczyć pole, jeśli ma zastosowanie)
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

Imię i nazwisko i/lub numer (drukowanymi literami)	Podpis (jeżeli obecny)	Data	Godzina	Związek
<input type="checkbox"/> <b>Zgoda telefoniczna / podczas wideorozmowy (zaznaczyć pole, jeśli ma zastosowanie), podpis przedstawiciela prawnego** / tłumacza nie jest wymagany.</b>				
_____	_____	_____	_____	

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)	Podpis lekarza prowadzącego / uprzywilejowanego dostawcy	Data	Godzina
_____	_____	_____	_____

\* Należy uzyskać podpis pacjenta, chyba że pacjent jest osobą poniżej 18. roku życia lub niezdolną do podpisu.

\*\* Opiekun prawny, pełnomocnik ds. opieki zdrowotnej lub zastępca zgodnie z ustawą o decyzjach w sprawie rodzinnej opieki zdrowotnej.