

## 出于教育目的使用可能包含识别信息的录音和录像同意书

本人 \_\_\_\_\_ 授权我的医生或指定人员 \_\_\_\_\_

患者姓名 医生或指定人员姓名

将在我的护理过程中拍摄的录像和录音用于教育目的,可能包括教科书、期刊和电子形式的演示文稿或出版物。

我理解,不授权或撤回我对共享录像和录音的授权不会影响我接受的医疗服务。如果我有任何疑问或希望在未来撤回授权,我可以联系我的提供者。

我理解,我可以随时撤回该授权,该撤回将适用于未来的录像和录音;但不适用于已经共享的录像和录音。

我理解,除了经常在教育中使用这些出版物的科学家和医学研究人员之外,公众也可以看到或听到这些录像和录音。

我理解,这些录像和录音可能包含身份识别信息,且有可能会有人认出我。

我理解,我不会因使用我的录像和录音而收取任何一方的付款。

除非下文明确说明,否则本同意书适用于所有录像和录音。

- 拍摄日期: \_\_\_\_\_
- 本人身体的部位: \_\_\_\_\_
- 供以下提供者使用: \_\_\_\_\_
- 其他: \_\_\_\_\_

本人在该表格下方签名,即表示本人确认,相关人员已经向我充分说明了该表格的内容,且我有机会提出问题并获得解答。

### 患者\*或法定授权代表\*\*

_____	_____	_____	_____	_____
正楷姓名	签名	日期	时间	与患者关系

### 见证人签名

_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 见证患者确认签名 (如适用,请勾选方框)
正楷姓名	签名	日期	时间	

### 提供首选语言支持的口译员姓名或号码

_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 患者拒绝使用口译员 (如适用,请勾选方框)
正楷姓名和/或号码	签名(如在场)	日期	时间	

同意接听电话/视频通话(如适用,请勾选方框),无需法定授权代表\*\*/口译员签名。

_____	_____	_____	_____	_____
正楷姓名	主治医生/特许提供者签名	日期	时间	

\* 除非患者未满18岁或是无能力者,否则必须获得其签名。

\*\* 法院根据《家庭医疗护理决策法案》(Family Health Care Decisions Act)指定的监护人、医疗护理代理人或代表。