



Formulaire d'information et de consentement du patient sur les photos et vidéos du patient avant et après

Op. Dr. Oytun İdil (Estetik plastik cerrahi) / + 90 533 5690649 / oytunmd@gmail.com

NOM ET PRENOM DU PATIENT :

DATE:

SIGNATURE:

Ce formulaire vous donne le droit de contrôler la manière dont les photos et vidéos prises lors de votre traitement / pratique médicale seront utilisées à l'avenir.

En tant que responsable du traitement, Op. Le Dr Oytun idil est responsable.

Le responsable du traitement (Op. Dr. Oytun idil) est chargé de prendre « les précautions adéquates à prendre par les responsables du traitement lors du traitement des données personnelles sensibles » dans le cadre du paragraphe (4) de l'article 6 de la loi sur la protection des données personnelles et alinéa (ç) du paragraphe (1) de l'article 22. responsable.

Les photos et vidéos sont principalement prises dans le but de faire des comparaisons entre avant et après chirurgie / application médicale. Un enregistrement photo et/ou vidéo est nécessaire pour effectuer des comparaisons lors de futures vérifications. Les patients qui n'autorisent pas l'enregistrement de photographies et de vidéos dans notre clinique ne sont pas acceptés pour la chirurgie / la pratique médicale.

Les enregistrements de photographies et de vidéos pré et postopératoires prises pendant l'opération ne sont pas diffusés à l'extérieur de la clinique. Ces enregistrements d'images ne sont pas remis aux patients eux-mêmes. Si nos patients veulent voir leurs propres images chirurgicales, ils peuvent les regarder dans notre clinique.

Les photographies et enregistrements vidéo pré et postopératoires peuvent être utilisés à des fins scientifiques dans des congrès scientifiques, des symposiums et des cours scientifiques en masquant l'identité des patients. Il peut également être utilisé dans des publications imprimées telles que des articles médicaux en masquant l'identité des patients.

Il peut être utilisé dans des publicités et des promotions sans révéler l'identité de la personne.

Mon médecin, Op. Dr. Dans le cadre de ce que m'a dit Oytun idil, je donne la

permission de prendre mes photos / photos et / ou de prendre des photos et des vidéos à l'aide de ces appareils, en utilisant des appareils cliniquement approuvés à inclure dans les dossiers médicaux de moi-même ou la personne dont je suis son agent/tuteur. Je sais que même si j'autorise l'utilisation de mes images à des fins scientifiques dans des réunions scientifiques telles que des congrès, des symposiums ou dans des publications scientifiques telles que des articles médicaux, des livres médicaux, aucun paiement ne me sera versé ou aucun avantage ne sera offert autre que celui de soutenir l'éducation et la recherche.

J'ai été assuré que lors de la prise de vue et/ou de l'enregistrement vidéo, seule la région concernée sera enregistrée dans la mesure du possible, et dans les cas où cela n'est pas possible, toutes les précautions nécessaires seront prises pour empêcher que mon identité ne soit révélée.

Si j'ai un problème à l'avenir ou si je ne veux pas que mes photos et vidéos soient utilisées dans des publicités et des promotions, Op. Dr. J'ai été assuré que mes photos et vidéos seraient extraites de ces publicités et promotions, à ma demande, en contactant Oytun idil. À cet égard, la personne responsable Op. Dr. Je sais qu'il est Oytun idil et je peux le joindre au +90 533 5690649 ou par e-mail à oytunmd@gmail.

En signant ce formulaire, j'accepte que les informations qui m'ont été fournies soient compréhensibles.

En gardant mes informations personnelles confidentielles, mes images (photographies et vidéos) non identifiables sont prises, stockées à la clinique, utilisées dans des réunions scientifiques (congrès, colloque, cours scientifique, etc.), utilisées dans des publications scientifiques (article médical, livre médical), promotion clinique et j'accepte d'être utilisé dans des publicités.

PRÉNOM / NOM DE FAMILLE:

DATE:

SIGNATURE (veuillez signer en écrivant "J'ai lu et compris"..):