



## BETEGTÁJÉKOZTATÓ

### FÉNYKÉP KÉSZÍTÉSE A BEAVATKOZÁS SORÁN, FÉNYKÉPEK TUDOMÁNYOS CÉLÚ FELHASZNÁLÁSA

#### Tisztelt Betegünk!

Kérjük, hogy az alábbi nyilatkozatban járuljon hozzá, hogy a(z)

.....  
vizsgálat / beavatkozás (illetve vizsgálat / beavatkozás-sorozat) során annak fázisait fényképesen dokumentálhassuk.

Az elkészült képeket tudományos vagy oktatási céllal tervezzük használni, de az Ön számára is tájékoztatásul szolgálhatnak az elvégzett beavatkozással kapcsolatban.

A képek felhasználása során ügyelünk arra, hogy azokat az adatvédelmi és adatkezelési jogszabályoknak megfelelően kezeljük, Ön a képekről ne legyen felismerhető és más módon se sértsük személyiségi jogait. Tájékoztatjuk arról, hogy az esetlegesen felhasznált képekkel kapcsolatban sem anyagi, sem tudományos előnyre Ön nem jogosult, azon munkákkal kapcsolatban, melyben az Önről készült képeket felhasználtuk, ilyen követelést nem támaszthat.

A képek az egészségügyi dokumentáció részét képezik, kezelésük egységesen történik.

Beleegyezését bármikor szóban is visszavonhatja. A visszavonásig készült képek felhasználására azonban igényt tartunk. A beleegyezés visszavonása esetén kezelése során semmiféle hátrány nem éri.

### BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Beteg neve: .....

Születési hely és dátum: .....

Anyja neve: .....

Lakcíme: .....

Alulírott nyilatkozom arról, hogy a tájékoztatást megértettem. Minden kényszertől és befolyástól mentesen hozzájárulok, hogy - a rajtam végzett, fent megnevezett beavatkozás során – a rólam készült képeket a mindenkor érvényes adatvédelmi és adatkezelési jogszabályok betartása mellett tudományos vagy oktatási célból felhasználják.

Elfogadom, hogy a képek felhasználása esetén semmilyen anyagi és tudományos előnyre nem vagyok jogosult.

Tudomásul veszem, hogy nyilatkozatomat bármikor visszavonhatom; a visszavonásig készült képek továbbra is felhasználhatók.

Szombathely, 20 ..... év ..... hó ..... nap

.....  
orvos aláírása

.....  
páciens aláírása