



BELEGYZŐ NYILATKOZAT BEGETMEGFIGYELŐ VIDEÓ KAMERA ÉS MONITOR RENDSZER HASZNÁLATÁHOZ

Alulírott..... (név)..... (szül.id.) belegezem és hozzájárulok, hogy gyermekemről (név) (szül.idő) aktuálisan jelenlevő szülőről a betegmegfigyelő videó kamera-és monitor rendszert képet és hangot rögzítsen. A rögzítés 2 hét után automatikusan törlődik.

Megértem és tudomásul veszem, hogy ez gyermekem gyógyulásának és biztonságának érdekét szolgálja. Belegyező nyilatkozatom visszavonásig érvényes.

Szombathely, 20.....év.....hó.....nap.....óra.....perc

.....
orvos aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselő