

#!KORHNEV;

#!KORHCIM;

#!AKTOSZTALYNEVE;

Osztályvezető főorvos: #!OSZTVEZFOORVNEV; #!OSZTVEZFOORVPROP(4);

OEP KÓD: **#!APOSZTKOD;**

Tel.: #!OSZTTEL;

**BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
FÉNYKÉP, VIDEO- ÉS HANGFELVÉTEL KÉSZÍTÉSÉBE**

Tekintettel arra, hogy a fent nevezett kórház alaptevékenységébe beletartozik a betegségek tudományos vizsgálata és az egészségügyi személyzet oktatása, ezért alulírott #!NEV; (születési hely, idő: #!BSZULHELY; #!SZULIDO;) – **BELEEGYZEM / NEM EGYEZEM BELE,** hogy rólam, vagy nevű gyermekemről, gyámoltamról, gondnokoltamról a fent nevezett kórház dolgozója, vagy felhatalmazottja fényképet, video- vagy hangfelvételt készítsen, amelyért ellenszolgáltatást nem kapok. Tudomásul veszem, hogy a felvételt oktatási, tudományos célra használják, előadás, poszter vagy tudományos közlemény formájában, a személyazonosság nyilvánosságra hozása nélkül, tudományos vagy egészségügyi személyzet számára.

A tájékoztatás megértése után, minden kényszertől mentesen adom / nem adom beleegyezésemet.

Megértettem, hogy nyilatkozatom írásban bármikor, következmények nélkül visszavonható.

.....
a kezelő orvos aláírása

#!KORHCIMVAROS;, #!AKTDATUM;

.....
beteg olvasható aláírása

.....
vagy a törvényes képviselő aláírása (szülő, gyám
gondnok)

Beteg neve: #!NEV;

Születési ideje: #!SZULIDO;

Születési helye: #!BSZULHELY;

Lakcíme: #!BIRSZAM; #!BVAROS; #!BUTCA;

Törv. képv. neve: #!HNEV;

Születési ideje:

Születési helye:

Lakcíme: #!HIRSZAM; #!HVAROS; #!HUTCA;

(A kérést a MedWorkS rendszerben rögzítette: #!AKTUSERNEVE; #!AKTUSERKODJA;)