

ošetřující lékař:

jméno a příjmení

adresa zařízení

Souhlas s pořízením a nakládáním s videozáznamem

já, níže podepsaný(ná):

jméno a příjmení

rodné číslo

zákonný zástupce:

jméno a příjmení

rodné číslo

Souhlasím s tím, aby můj ošetřující lékař pořídil videozáznam mého zdravotního stavu.

Prohlašuji, že jsem byl(a) informován(a) svým ošetřujícím lékařem, že mé osobní údaje budou chráněny podle zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů a nebudu zveřejněny při jakékoliv jiné formě použití, než specifikováno dále.

Videozáznam je určen výhradně pro dokumentaci mého aktuálního zdravotního stavu, lékařský výzkum, vzdělávání a tvorbu výukových materiálů pro zdravotnické pracovníky a studenty oborů zabývajících se zdravotní problematikou.

Jakékoliv jiné, komerční využití nebo veřejné provozování tohoto videozáznamu bez dalšího výslovného písemného souhlasu pacienta či zákonného zástupce je vyloučeno.

Tento souhlas s pořízením a nakládáním s videozáznamem může pacient či jeho zákonný zástupce kdykoliv písemně odvolat.

v

dne:

podpis pacienta (zákonného zástupce):

.....

podpis ošetřujícího lékaře:

.....