**TIBBİ FOTOĞRAF ve VİDEO GÖRÜNTÜLEMESİ İÇİN**

**BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

Benim/çocuğumun kaydedilen fotoğraf ve video görüntülerinin fizik muayenenin, ameliyatın ve ameliyat sonrası izlemin bir parçası olduğunu ve hastalığı/bulguyu araştırmada, geliştirmede yardımcı/ek katkısı olabileceğini anladım. Bu amaçla çekilen/kaydedilen fotoğraf ve video görüntülerinin, hasta mahremiyetine uygun olarak saklanmasına özen gösterileceği konusunda bilgilendirildim. Görüntülerin araştırma, eğitim (tıp fakültesi öğrencileri, tıp uzmanları) ve tıbbi makaleler için bilimsel amaçlı olarak kullanılmasına onay veriyorum.

Tarih: .......... / ............. / .............

Hastanın ya da (\*)Hukuki Temsilcisinin

Adı Soyadı: ............................................................................. İmzası .....................................

(\*) Hukuki Temsilcinin Yakınlık Derecesi: ......................................

 (\*\*) Çevirmen - Tanık Adı Soyadı: ....................................... İmzası .....................................

(\*) Hastadan imza alınamadığı durumlarda;

• Çocuk hastanın anne / babasından,

• Koruma altına alınmış hastanın veli ya da vasisinden,

• Adı geçenlerin yasal temsilcilerinden onam alınır.

(\*\*) Hastanın görme, okuma engeli varsa, tanık eşliğinde onam alınır.

**INFORMED CONSENT**

**FOR AND RELEASE OF MEDICAL PHOTOGRAPHS AND VIDEOTAPES**

I understand that photographs and videos taken of me/my child as a part of a medical examination, operation and post-operative follow-up, might help in investigating the condition/disorder in question. All photographs/videos taken will therefore be stored in compliance with patient privacy requirements. Furthermore, I agree to the pictures/videos being used for research and teaching (e.g. medical students, health professionals), as well as for the publication in scientific journals.

 Date: .......... / ............. / .............

 Name of patient or (\*) legal representative: ...........................................................................

 signature …….…….…………..……………..

 (\*) Degree of the legal representative: ...........................................

(\*\*) Name of translator - witness: ........................................ signature ………….………..

(\*)In the cases when signature of patient cannot be received;

• Mother/father of child patient

• Guardian of patient who is under guard

• Legal representatives of the mentioned people give the consent.

(\*\*)If patient is visually handicapped, consent is taken accompanied by a witness.