

KİŞİSEL KAYITLARIN KULLANIMI

İZİN BELGESİ

Kliniğimizde tedavi öncesi, sırası veya sonrasında kişisel bazı kayıtların (fotoğraflar, video kayıtları, röntgenler, modeller, çekilmiş diş, dişeti ve mukoza parçaları gibi materyallerin vb.) toplanabileceği, bilimsel araştırmalarda ve sunumlarda, yasal sınırlar ve yönetmelikler içerisinde kalmak üzere sosyal medya ortamlarında, tebliğ, kitap baskısı vb. durumlarda kullanılabileceği konusunda bilgilendirilmiş olup şahsım veya velisi (*yasal temsilcisi) bulunduğum kişi adına kabul ediyorum ve izin veriyorum.

(Bu açık rızanızı doğrulamak için aşağıdaki alana kendi el yazınızla "**Okudum, anladım, kabul ediyorum**" yazarak imzalayınız.)

.....

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

Adı-Soyadı : İmza:.....

Velisi
(*Yasal Temsilcisi) : İmza:.....

*Yasal Temsilci: Vasiyet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne - baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. Derece kanuni mirasçılardır.