



VIDEO GÖRÜNTÜ KAYDI İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

Hasta Adı - Soyadı:

Cinsiyet: ☐ K ☐ E

Hasta ID No:

Doğum Tarihi:

Baba Adı:

Kimlik No:

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı'nda yapılan klinik muayenem sırasında gözlemlenen hareket bozukluğunun (yüz-el-kol-gövde ve bacaklarda istem dışı hareketler, hareket yavaşlığı, konuşma bozukluğu, göz-yüz-kol ve bacaklarda hareket kısıtlılığı vb.) tespiti ve takibi amacıyla video görüntü kaydının alınmasına, bu bilgilerin gerekli görüldüğü takdirde eğitim ve bilimsel çalışma amacıyla, basından uzak tutulmak kaydı ile doktorların katıldığı toplantılarda kullanılabileceğine, kendi isteğim ve bilgim dâhilinde izin veriyorum.

Hastanın Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Saat:

Onay Hastanın Yasal Temsilcisinden Alındı ise;

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Saat:

Yasal Temsilcinin Yakınlık Derecesi:

☐ Hastanın bilinci kapalı

☐ Hasta 18 yaşından küçük

☐ Hastanın karar verme yetisi yok

☐ Acil

Şahit (hastane çalışanı haricinde bir kişi mevcutsa);

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Saat:

Bilgilendirmeyi Yapan Hekimin;

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Saat:

Tercümanın (ihtiyaç duyulması halinde);

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Saat:

- 18 yaşın üzerindeki hastaların kendilerinden,
- 15-18 yaş arasındaki hastaların kendilerinden ve ayrıca yasal temsilcilerinden,
- Bilinci kapalı olan, 15 yaşın altında olan, tıbbi acil durumlarda ve karar verme yetisi bulunmayan hastaların yasal temsilcisinden rıza alınır.