Hastanın Adı Soyadı: **Doğum Tarihi:**

Protokol numarası:

Şahsıma ait fotoğraf ve/veya video çekimlerinin yapılmasına ve çekimler sırasında ortaya çıkacak görsel içeriklerimin sağlık hizmetlerinde tanıtım ve bilgilendirme çerçevesinde adı geçen sağlık tesisi/ Sağlık meslek mensubu tarafından işlenmesine, paylaşılmasına ve kullanılmasına kimliğimin gizli tutulması şartı ile açık rızam olduğunu ve işbu metni okuyup anladığımı kabul ediyorum.

Onamı Veren/Yasal Temsilci Adı Soyadı:

T.C. Kimlik No:

Tarih:

İmza:

Onamı Alan Sağlık Tesisi:

Uygulayıcı Hekimin Adi Soyadı:

Görevi/Unvanı:

T.C. Kimlik No:

Tarih:

İmza:

Açıklamalar

❖ Hasta İstediği zaman verdiği bu onamı (rızayı) geri çekme hakkına sahiptir.

❖ Bu rıza formu, görsel verilerin işlenmesi, paylaşılması ve kullanılmasına yönelik olup, tedavi sürecine etkisi yoktur.

❖ Her cerrahi veya girişimsel içlem risk taşır.

❖ Sonuçlar kişiden kişiye değişiklik gösterebilir.

❖ Her vakada aynı sonuç elde edilemeyebilir.

❖ Erken dönem sonuçları yanıltıcı olabilir, görseldeki sonuç zamanla değişebilir. ❖ İşlem öncesinde hastanın uygulayıcı hekim tarafından bilgilendirilmesi zorunludur.

TAAHHÜTNAME

Topluma yönelik olarak radyo ve televizyonlarda yapacağım bilgilendirmelerde halkın sağlığını koruma amacı ve mesleğinin gerektirdiği sorumluluk bilinci içerisinde;

➢ Kanunlara, genel ahlaka, tıbbi Deontoloji ve sağlık meslekleri etik kurallarına uyacağımı, ➢ Dürüstlük ve tarafsızlık, saygınlık ve güven, nezaket ve saygı gibi temel etik ilkelerine uygun davranacağımı,

➢ Bilgilendirilmelerimde, kendi uzmanlık/mesleki alanım sınırları içinde kalacağımı, ➢ Belirli bir hasta veya hastaların teşhis ve tedavisine yönelik olarak bilgilendirme yapmayacağımı,

➢ Kişileri yanılacak, yanlış yönlendirecek ve paniğe sevk edecek şekilde konuşmayacağımı, ➢ Kişilerin, bilgi ve tecrübe eksikliğini istismar edecek şekilde veya abartılı iddialar ileri sürerek yanlış izlenim oluşturmayacağımı,

➢ Doğruluğu bilimsel ve klinik olarak kanıtlanmış veya mevzuatla tıbbi işlem olarak tanımladım düzenlenmemiş tedavi ve yöntemler hakkında; bu yöntemlerin hastalıkları tedavi ettiği veya tedaviye yardımcı olduğuna dair bilgilendirme yapmayacağımı,

➢ Hastaların hekim veya sağlık kuruluşunu seçme hakkı ihlal edecek şekilde ve belirli bir kişi veya belirli bir sağlık kuruluşuna yönlendirmeyeceğimi,

➢ Sağlık hizmetlerinin sonuçlarını garanti eden ve kesinlik vaat edecek şekilde konuşmayacağımı,

➢ Bilimsel yayınlardan yapılan alıntılar ve bilimsel terimleri yanıltıcı biçimde kullanmayacağımı,

➢ Sağlık kuruluşları ve sağlık meslek mensuplarına yönelik şiddete sevk edici, aşağılayıcı ve alay edici ifadeler kullanmayacağımı,

➢ Yürürlükteki mevzuata göre ülkemizde uygulanması yasaklanmış olan tıbbi işlemlere yönelik bilgilendirme yapmayacağımı, Beyan ve taahhüt ederim.

Adı Soyadı: Görevi/Unvanı :

T.C. Kimlik No:

Diploma No:

Tarih:

İmza: