

## Fotoğraf ve video çekimi onayı

Aşağıda, imzalayarak fotoğraf ve video çekimine izin verdiğiniz onay formunun çevirisi yer almaktadır. <name> şeklinde bir metin görüldüğünde, burası formun sizin ya da doktorunuzun doldurması gereken bir bölümüdür. Bu çeviriyi imzalamanıza gerek yoktur.

Sizden formun aslını imzalamanızı rica edeceğiz ve sonra da saklamanız için bunun bir kopyasını vereceğiz. Diğer kopyalar ise çocuğunuzun sağlık kayıtları arasında tutulacak. Bu formla ilgili sorularınız olduğu takdirde, lütfen bir personelden telefonla çeviri için 0845 310 9900 numaradan Language Line Çeviri Bürosu'nu aramasını rica edin.

### Onay formu metni

Great Ormond Street Çocuk Hastanesi NHS Vakfı tarafından Bilgi Koruma Yasası doğrultusunda benimsenen bir politika, size tedaviniz sırasında çekilen fotoğraf ve videolarınızın gelecekte kullanılmasını denetleme hakkı veriyor.

#### ▪ Tıbbi Resimler Dairesine Sevk

Sizi tıbbi fotoğraf çekimi için Tıbbi Resimler Dairesine göndermek istiyorum. Bu fotoğraflar sizin sağlık kayıtlarınızın bir parçası olup tıp öğrencilerinin yanı sıra, tıp, yardımcı tıp ve hemşirelik personelinin eğitiminde ve aşağıda belirtilen başka somut amaçlar için kullanılabilir.

#### ▪ Vakıf bünyesinde başka personel tarafından tıbbi fotoğraf çekimi

Ben <name> olarak, fotoğraf çekiminin ve sonuçta çıkacak resimlerin saklanması için Vakfın kabul etmiş olduğu *hastaların resimli klinik kayıtlarının oluşturulması ve kullanılması hakkındaki politika* doğrultusunda gerçekleşeceğini, ilgili fotoğrafları Tıbbi Resimler Dairesi tarafından onaylanan aletler kullanarak, saygın bir şekilde çekeceğimi Tıbbi Resimler Dairesinde belirttiğimi teyit ederim.

Bu onay, bunların kullanılmasını yalnızca sizin belirttiğiniz amaçlarla sınırlamakta olup, fotoğraf(lar)ınız herhangi bir başka şekilde – örneğin, tıbbi bir kitap ya da elektronik ortamdaki bir eğitim kaynağı içinde – kullanılmak istendiği takdirde Vakıf somut olarak bunun için sizin izninizi isteyecektir.

<Clinician's name, signature and specialty>

### Onay

Bana <clinician's name> tarafından anlatılanların ışığında:

- Kişisel tıbbi vaka notlarım için fotoğraflar çekilmesini onaylıyorum
- Fotoğrafların yukarıda açıklanan sağlık hizmetleri çerçevesi içerisinde eğitim için açık tutulmasını onaylıyorum
- Fotoğraflarımın aşağıda açıklanan somut amaç için yayınlanmasını onaylıyorum. Bu onay, bundan başka yayınları kapsamaz.

<Details of publication>

<Signature of patient, parent or guardian, relationship to patient and date>