

GÖRSEL İÇERİK KAYDETME VE İŞLEME ONAM FORMU

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 Temsilcisi

Adı Soyadı:

T.C. Kimlik No:

Tarih:

İmza:

Onamı Alan

Sağlık Tesisi:

Uygulayıcı Hekimin Adı Soyadı:

Görevi/Unvanı:

T.C. Kimlik No:

Tarih:

İmza:

Açıklamalar

- Hasta İsteddiği zaman verdiği bu onamı (rıza) geri çekme hakkına sahiptir.
- Bu rıza formu, görsel verilerin işlenmesi, paylaşılması ve kullanılmasına yönelik olup, tedavi sürecine etkisi yoktur.
- Her cerrahi veya girişimsel işlem 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 mesleğimin 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,
- Bilgilendirmelerimde, kendi uzmanlık/mesleki alanım sınırları içinde kalacağımı,
- Belirli bir hasta veya hastaların teşhis ve tedavisine yönelik olarak bilgilendirme yapmayacağımı,
- Kişileri yanıltacak, 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 kanıtlanmamış veya mevzuatla tıbbi işlem olarak tanımlanıp düzenlenmemiş tedavi ve yöntemler hakkında; bu yöntemlerin hastalıkları tedavi ettiği veya tedaviye yardımcı olduğuna dair bilgilendirme yapmayacağımı,
- Hastaların hekim veya sağlık kuruluşunu seçme hakkını ihlal edecek şekilde ve belirli bir kişi veya belirli bir sağlık kuruluşlarına 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: