**TARSUS ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ**

**e-ISSN:XXXX-XXXX**

**OLGU SUNUMLARI İÇİN**

**BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

Tarsus Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi’nde yayımlanacak olgu sunumları için hasta onamı

**Makale başlığı**: ………………………………………………………………

**Sorumlu yazar**

Adı-soyadı: ………………………………………………………………

Kurumu: ………………………………………………………………

Mail adresi: ………………………………………………………………
Telefon numarası: ……………………………………………………………..

**Olgu sunumunda tanımlanan hastanın**

Ben (ad-soyad): …………………………………………………………………

kendime veya yakınım olan (ad-soyad)
……………………………………………………………………………………

ait bilgilerin bilimsel dergide yayınlanmasına onay/izin veriyorum.

Aşağıdakiler hakkında bilgilendirildim ve bunları anladım:
1. Bu bilgiler benim veya yakınımın adı açıklanmadan yayımlanacak.
2. Bu bilgiler elektronik bir dergide yayımlanabilir veya web sitesinde yer alabilir.
3. Onamını/iznimi makale yayımlanmadan önce geri çekebilirim. Fakat makale yayımlandıktan sonra geri çekemem.

Tıbbi amaçla çekilen fotoğraflarınızın ve/veya video görüntülerinizin tıp eğitiminde ya da tıbbi yayınlarda kullanılabilmesi için aşağıdaki bilgileri okuyup, arka sayfadaki ifadelerden uygun bulduklarınızı imzalayınız.

Bana …………………………………. tarafından anlatılanlar çerçevesinde kendimin veya vekili/vasisi olduğum kişinin tıbbi kayıtlarımda yer alacak şekilde klinik tarafından onaylanan aletler kullanılarak, fotoğraflarım(n)ın çekilmesine ve/veya video görüntüsü alınmasına izin veriyorum.

Fotoğraf çekilmesine ve/veya görüntülenmeye izin vermemem, benim veya vekili/vasisi olduğum kişinin tıbbi bakımını hiçbir şekilde etkilemeyecektir. Tıbbi amaçlı fotoğraf çekilmesi ve/veya görüntülerin alınmasına izin verirken bundan dolayı tarafıma herhangi bir ödeme yapılmayacağını veya eğitim ve araştırmalara destek olmak dışında bir yarar sunulmayacağını biliyorum.

Fotoğraf çekilmesi ve/veya video görüntülenmesinde mümkün olduğunca yalnızca ilgili bölgenin kaydedileceği, mümkün olmadığı durumlarda kimliğimin açığa çıkmaması için gereken her türlü önlemin alınacağı hakkında bana güvence verildi.

Eğer herhangi bir sorum olursa ya da ilerde onamımı geri çekmek istersem …………………….. telefonundan ………………………………. ile temasa geçebilirim.

Hasta/ Ebeveyn (18 yaşından küçük çocuklar için) ve kanunen vekil/vasi imza:

İmza ………………………………………………………………………………
Tarih ………………………………………………………………………………

Onamı alan hekimin/sağlık profesyonelinin
Adı-soyad: …………………………………………………………………………
İmza: ………………………………………………………………………………
Tarih: ………………………………………………………………………………

