



ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
FORM E- HASTANIN GÖRÜNTÜ VE SES KAYITLARININ KULLANILMASI İÇİN İZİN
FORMU

Çalışmanın adı:

Yukarıda belirtilen çalışma için bu belge ile Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi **Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı**'nda tanı ve/veya tedavim sırasında elde edilen tıbbi işleme ya da hastalığıma ait fotoğraf veya benzeri herhangi bir görüntümün, gerektiğinde ses kaydımın alınmasına izin veriyorum.

Bu tür tıbbi kayıtlarım, **kimlik bilgilerim gizli tutulmak koşuluyla** iznimin alındığı tarihten sonra **sadece eğitimsel ya da bilimsel amaçlarla kullanılabilir.**

Yukarıdaki iznimi onaylıyorum.

Hastanın / Yasal Vasisinin adı - soyadı imzası:

İzni talep eden hekimin adı - soyadı imzası:

İzin Tarihi: