



Özel Ekol Hastanesi

BİLİMSEL YAYIN VE EĞİTİM İÇİN HASTA ONAM FORMU



<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HD.RB.178</i>	<i>04.01.2024</i>	<i>00</i>	<i>-</i>	<i>1 / 1</i>

Ben, hastalığımla ilgili bilgi, belge, tıbbi görüntüleme ve fotoğraflarımın; kimlik bilgilerimin tümüyle saklı tutulması ve yayınlanan olası fotoğraflardan da anlaşılabilmesi şartıyla; eğitim veya bilimsel yayın amacıyla basılı veya elektronik ortamda kullanılmasını onaylıyorum.

İMZA:

(Hasta 16 yaş altıysa velisi imzalamalıdır.)

Onayı Alan Kişinin Adı Ve İmzası:

Tarih: