

**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.