

ADRESA PRACOVIŠTĚ:.....

**SOUHLAS K POŘÍZENÍ VIDEOZÁZNAMU
a k jeho šíření pro účely dokumentace, lékařského vzdělávání a výzkumu**

Já, níže podepsaný

Jméno:

.....

Adresa bydliště:

.....

Zákonný zástupce

Jméno:

Adresa bydliště:

Souhlasím s tím, aby pořídil záznam mého stavu na
titul a jméno osoby pořizující záznam

video pro účely dokumentace, lékařského vzdělávání a výzkumu. Souhlasím s tím, aby
videozáznam byl umístěn na webových stránkách lékařského časopisu
www.neurologiepraxi.cz, které jsou určeny pouze pro odbornou veřejnost.

Můj ošetřující lékař mne ujistil o tom, že mé jméno
titul a jméno ošetřujícího lékaře

ani další soukromé údaje nebudou uvedeny při jakékoli formě použití záznamu. Videozáznam je
pořizován výhradně z vědeckého zájmu a bude případně reprodukován a presentován pouze
v souvislosti s lékařským vzděláváním a výzkumem. Jakékoli komerční využití nebo veřejné
provozování záznamu je vyloučeno.

V, dne

Podpis pacienta (*zákonného zástupce*)

Podpis ošetřujícího lékaře

Poznámka: Tento doklad zůstane přiložen k lékařské dokumentaci pacienta.