Zgoda na publikację zdjęć z leczenia

Gabinet: _____

Pacjent: _____

Rodzic lub opiekun (gdy pacjent ma mniej niż 18 lat): _____

1. Gdzie gabinet może opublikować moje zdjęcia (zaznacz dowolne)

☐ Strona internetowa gabinetu

☐ Facebook gabinetu

☐ Instagram gabinetu

☐ Płatna promocja tych postów

2. Co może być widoczne (zaznacz jedno)

☐ Tylko zęby i wnętrze jamy ustnej, bez twarzy

☐ Także twarz

3. Dodatkowo (zaznacz, jeśli się zgadzasz)

☐ Film z moim udziałem (obraz i głos)

☐ Zestawienie zdjęć przed i po

☐ Moje imię albo oznaczenie mojego profilu

4. Na jak długo

☐ Do wycofania zgody

☐ Do dnia: _____

Zgoda jest dobrowolna. Jej brak nie zmienia mojego leczenia ani jego ceny. Przed publikacją gabinet pokaże mi zdjęcia. Mogę wycofać zgodę w każdej chwili: telefonicznie, mailowo albo w recepcji. Gabinet usunie wtedy moje zdjęcia ze swojej strony i swoich profili. Wiem, że kopii zrobionych przez inne osoby gabinet nie usunie.

Data i podpis pacjenta: _____

Podpis rodzica lub opiekuna: _____

Zdanie dziecka (od 13 lat): ☐ zgadzam się ☐ nie zgadzam się _____

Wypełnia gabinet. Zdjęcia pokazano pacjentowi dnia: _____,
_____. Kopię wydano pacjentowi: ☐

Wzór: dentpost.pl. Przed użyciem pokaż go prawnikowi gabinetu albo zapytaj w okręgowej izbie lekarskiej.