



## **Souhlas k pořízení a k nakládání s fotografií a videozáznamem**

### **Vyšetřovaná osoba**

**Jméno:** .....

**Příjmení:** .....

**Datum narození/rodné číslo:** .....

### **Zákonný zástupce pacienta**

**Jméno:** .....

**Příjmení:** .....

Souhlasím s tím, aby byly pořízeny fotografie či videozáznamy mého zdravotního stavu.

Byl(a) jsem informován(a) svým ošetřujícím lékařem, že:

1. Mé osobní údaje budou chráněny podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů a nebudou zveřejněny při jakékoliv formě použití fotografie či videozáznamu.
2. Fotografie či videozáznam jsou určeny výhradně pro dokumentaci mého aktuálního stavu, lékařský výzkum včetně využití pro publikace v odborných časopisech, sdělení na odborných konferencích, jakož i pro vzdělávání a tvorbu výukových materiálů pro zdravotnické pracovníky a studenty oborů zabývajících se zdravotní problematikou.
3. Jakékoliv jiné komerční využití nebo veřejné provozování tohoto záznamu bez dalšího výslovného písemného souhlasu pacienta či zákonného zástupce je vyloučeno.
4. Tento souhlas k pořízení a k nakládání s fotografií nebo videozáznamem může pacient či jeho zákonný zástupce kdykoliv písemně odvolat.

V Praze dne .....

Podpis pacienta (nebo zákonného zástupce): .....

Podpis ošetřujícího lékaře:.....