

Formularz zgody

Zgoda pacjenta na publikację zdjęć i/lub informacji o nich w publikacjach BUJ

Imię i nazwisko pacjenta:

Pokrewieństwo z pacjentem (jeśli pacjent nie podpisuje tego formularza):

Opis zdjęcia, rysunku, tekstu lub innego materiału (**Materiał**) o pacjencie **Kopia tego Materiału powinna być załączona do tego formularza:**

Roboczy tytuł artykułu, w którym ten Materiał będzie użyty:

ZGODA

Ja _____ (Proszę wpisać imię i nazwisko drukowanymi literami)]
wyrażam zgodę aby materiał o mnie/pacjencie został opublikowany w publikacjach BMJ

Potwierdzam, że : (proszę zaznaczyć pola aby potwierdzić)

- widziałem zdjęcie, rysunek, tekst lub inny materiał o mnie/pacjencie**
- przeczytałem artykuł, który będzie proponowany do publikacji w BMJ**
- jestem legalnie upoważniony do wyrażenia zgody.**

Rozumiem poniższe:

- (1) Materiał będzie opublikowany bez mojego imienia/imienia pacjenta jednak rozumiem, że całkowita anonimowość nie może być zagwarantowana. Jest możliwe, że ktoś – na przykład osoba, która opiekowała się mną/pacjentem, lub krewny może mnie/pacjenta rozpoznać
- (2) Materiał może pokazywać lub uwzględniać szczegóły dotyczące mojego stanu / stanu zdrowia pacjenta oraz wszelkich prognoz, leczenia lub operacji, które posiadam / posiadał, miał lub może mieć w przyszłości.
- (3) Artykuł może zostać opublikowany w czasopiśmie rozpowszechnianym na całym świecie. Publikacje BMJ trafiają głównie do lekarzy i innych pracowników służby zdrowia, ale są również postrzegane przez wielu innych, w tym naukowców, studentów i dziennikarzy.
- (4) Artykuł, w tym Materiał, może być przedmiotem informacji prasowej i może być związany z mediami społecznościowymi i / lub wykorzystany w innych działaniach promocyjnych. Po opublikowaniu artykuł zostanie umieszczony na stronie internetowej BMJ i może być również dostępny na innych stronach internetowych.
- (5) Tekst artykułu zostanie zredagowany pod kątem stylu, gramatyki i spójności przed publikacją.

- (6) Ja / pacjent nie otrzymam żadnej korzyści finansowej z publikacji artykułu
- (7) Artykuł może być również wykorzystany w całości lub w części w innych publikacjach i produktach opublikowanych przez BMJ i / lub innych wydawców. Obejmuje to publikację w języku angielskim oraz w tłumaczeniu, w formie drukowanej, w formatach cyfrowych i w dowolnych innych formatach, które mogą być używane przez BMJ lub innych wydawców teraz i w przyszłości. Artykuł może pojawić się w lokalnych wydaniach czasopism lub innych publikacji publikowanych w Wielkiej Brytanii i za granicą.
- (8) Mogę odwołać moją zgodę w każdym momencie przed publikacją, ale po tym, jak artykuł zostanie zatwierdzony do publikacji ("oddany do druku"), nie będzie możliwe odwołanie zgody.
- (9) Ten formularz zgody będzie przechowywany w sposób bezpieczny i poufny przez BMJ zgodnie z prawem, nie dłużej niż to konieczne. Dane osobowe podane w niniejszym formularzu będą wykorzystywane i przechowywane zgodnie z Polityką prywatności BMJ dostępną pod adresem <https://www.bmj.com/company/your-privacy/>.

Proszę zaznaczyć pole aby potwierdzić :

- W przypadku, gdy zgoda dotyczy artykułu w *BMJ Case Reports*, Ja / pacjent mam możliwość skomentowania artykułu i zgadzam się, że ewentualne komentarze zostaną uwzględnione w tym artykule.

Podpis: _____

Imię i nazwisko _____

(drukowanymi literami)

Adres: _____

Adres email : _____

Numer telefonu: _____

W przypadku podpisania w imieniu pacjenta proszę podać powód, dla którego pacjent nie może samodzielnie wyrazić zgody (np. Pacjent zmarł, ma mniej niż 18 lat lub ma upośledzenie poznawcze lub intelektualne).

Data: _____

- Jeśli podpisujesz w imieniu rodziny lub innej grupy, zaznacz to pole, aby potwierdzić, że wszyscy właściwi Podpis członkowie rodziny lub grupy zostali poinformowani.

Jeśli pacjent jest dzieckiem w wieku 7 lat lub starszym, musi również potwierdzić swoją zgodę:

Podpis: _____

Imię i nazwisko _____

(drukowanymi literami)

Data urodzenia: _____

Data: _____

Dane osoby, która wyjaśniła i przekazała formularz pacjentowi lub jego przedstawicielowi (np. Odpowiedniemu autorowi lub innej osobie, która jest upoważniona do uzyskania zgody)

Podpis: _____

Imię i nazwisko _____

(drukowanymi literami)

Stanowisko: _____

Adres: _____

Instytucja: _____

Adres email : _____

Numer telefonu: _____

Data: _____