

## Συγκατάθεση για φωτογράφιση ή μαγνητοσκόπηση

Το ακόλουθο κείμενο είναι μετάφραση του εντύπου συγκατάθεσης που υπογράφετε για να δώσετε την άδειά σας για φωτογράφιση ή μαγνητοσκόπηση. Τα σημεία του εντύπου όπου υπάρχουν λέξεις μέσα σε αγκύλες, υπό τη μορφή <name>, πρέπει να συμπληρωθούν είτε από εσάς είτε από τον νοσοκομειακό ιατρό σας. Δεν χρειάζεται να υπογράψετε αυτή τη μετάφραση.

Θα σας ζητήσουμε να υπογράψετε το πρωτότυπο έντυπο και, στη συνέχεια, θα σας δώσουμε ένα αντίγραφο να το φυλάξετε και τα υπόλοιπα θα τοποθετηθούν στο ιατρικό αρχείο του παιδιού σας. Αν έχετε οποιεσδήποτε ερωτήσεις σχετικά μ' αυτό το έντυπο, παρακαλούμε ζητήστε από μέλος του προσωπικού μας να καλέσει την Language Line στον αριθμό 0845 310 9900 για να έχετε στη διάθεσή σας διερμηνέα μέσω τηλεφώνου.

### Κείμενο του εντύπου συγκατάθεσης

Το Νοσοκομείο Παιδών «Great Ormond Street Hospital for Children NHS Trust» έχει υιοθετήσει μια πολιτική που συνάδει με τον Νόμο περί Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, με την οποία σας δίνεται το δικαίωμα να ελέγχετε στο μέλλον τη χρήση των φωτογραφιών ή των μαγνητοσκοπήσεων που πραγματοποιήθηκαν σ' εσάς κατά τη διάρκεια της θεραπείας σας.

#### ▪ Παραπομπή στο Τμήμα Ιατρικών Εικόνων

Θα ήθελα σας παραπέμψω στο Τμήμα Ιατρικών Εικόνων για τη λήψη ιατρικών φωτογραφιών. Αυτές οι φωτογραφίες θα αποτελέσουν μέρος του ιατρικού αρχείου σας και μπορούν να χρησιμοποιούνται για την εκπαίδευση του ιατρικού, παραϊατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και σπουδαστών ιατρικής ή για άλλη συγκεκριμένη χρήση που περιγράφεται λεπτομερώς παρακάτω.

#### ▪ Ιατρική φωτογράφιση στο Ίδρυμα από λοιπό προσωπικό

Ο υπογεγραμμένος <name> επιβεβαιώνω ότι έχω δηλώσει στο Τμήμα Ιατρικών Εικόνων πως η φωτογράφιση και η αποθήκευση των εικόνων θα πραγματοποιηθούν σύμφωνα με την Πολιτική για τη δημιουργία και χρήση ιατρικών αρχείων απεικονιστικών ευρημάτων των ασθενών του Ίδρυματος και πως θα προβώ στη λήψη των κατάλληλων φωτογραφιών κατά τρόπο αξιοπρεπή, χρησιμοποιώντας εξοπλισμό εγκεκριμένο από το Τμήμα Ιατρικών Εικόνων.

Αυτή η συγκατάθεση περιορίζει τη χρήση τους μόνο για τους σκοπούς που έχουν καθοριστεί από εσάς και σε περίπτωση που εκφραστεί επιθυμία η (οι) φωτογραφία (-ίες) σας να χρησιμοποιηθούν για οποιονδήποτε άλλο λόγο, για παράδειγμα να καταχωρηθούν σ' ένα ιατρικό εγχειρίδιο ή σ' ένα διαδικτυακό σύστημα διδασκαλίας, το Ίδρυμα θα ζητήσει συγκεκριμένη άδεια από εσάς για να προβεί σ' αυτές τις ενέργειες.

<Clinician's name, signature and specialty>

Συγκατάθεση

Λαμβάνοντας υπόψη τις επεξηγήσεις που μου δόθηκαν από τον <clinician's name>:

- Συγκατατίθεμαι στη λήψη φωτογραφιών μου για το προσωπικό ιατρικό αρχείο μου
- Συγκατατίθεμαι στη διάθεση των φωτογραφιών μου για διδασκαλία στα πλαίσια της ιατρικής περίθαλψης όπως περιγράφηκε ανωτέρω
- Συγκατατίθεμαι στη δημοσίευση των φωτογραφιών μου για συγκεκριμένο σκοπό που περιγράφεται κατωτέρω. Αυτή η συγκατάθεση δεν παρέχεται και για οποιεσδήποτε περαιτέρω δημοσιεύσεις.

<Details of publication>

<Signature of patient, parent or guardian, relationship to patient and date>