

Информированное согласие на публикацию данных пациента в журнале «Инновационная медицина Кубани»

Пациент: _____
Ф. И. О.

Законный представитель пациента (для случаев, если форму подписывает не сам пациент): _____

Причина, по которой форма подписана законным представителем пациента, а не им лично: _____

Предварительное название статьи, в которую будет включен материал о пациенте:

Согласие

Я, _____
Ф. И. О.

согласен на публикацию данных обо мне/пациенте в журнале «Инновационная медицина Кубани».

Я осознаю, что в статье могут содержаться данные об анамнезе моей жизни (жизни пациента), семейном анамнезе и/или истории моей болезни (болезни пациента), а также о лечении и хирургических вмешательствах, которые были или будут в связи с этим произведены.

Я отдаю себе отчет в том, что, несмотря на публикацию материала без указания моего имени / имени пациента и удаление из текста большинства идентифицирующих меня/пациента деталей, полная анонимность не может быть гарантирована, кто-либо может узнать меня/пациента.

Я понимаю, что статья будет опубликована в печатной и электронной версиях журнала «Инновационная медицина Кубани». Последнее предполагает свободный и постоянный онлайн-доступ к публикации. Читательская аудитория журнала – врачи и другие работники медицинской сферы, однако со статьей также сможет ознакомиться любой желающий.

Мне разъяснили, что текст или иллюстрации статьи могут быть воспроизведены в другой публикации, переведены на другой язык или размещены на другом веб-сайте.

Давая согласие на публикацию материала обо мне/пациенте, я понимаю, что не получу от этого никакой материальной выгоды.

Я ознакомился с материалами, которые будут направлены для публикации в редакцию журнала «Инновационная медицина Кубани».

Я могу отозвать свое согласие в любой момент до публикации статьи, но, как только статья будет одобрена к опубликованию, отозвать согласие будет невозможно.

Все члены моей семьи / семьи пациента в случае, если информация о них содержится в статье, поставлены в известность и выражают согласие на публикацию сведений о них.

Ф. И. О. члена семьи _____

Ф. И. О. члена семьи _____

Ф. И. О. члена семьи _____

Подписано: _____ Ф. И. О. _____

Дата: _____

Данные лица, которое разъяснило содержание документа и представило его пациенту или его законному представителю:

Подписано: _____ Ф. И. О. _____

Должность: _____

Учреждение: _____

Дата: _____