

医療情報および画像の学術使用許可

私は、医学学術目的で、私の医療情報および画像を使用することを認めます。

私は、私の診療上で必要とされた画像を、医学系専門誌や教科書、あるいはこれに限定されない医学上のメディアにおいて、学会発表や、大学での講義、医学系のインターネットのウェブサイトを利用して、医師の教育に役立てることに同意します。また、医学系専門誌や医学系のインターネットのウェブサイト、一般大衆に画像が閲覧できる場合は、個人情報保護に十分な配慮がされていることを理解します。また、これらの画像や情報は、掲載された専門誌に著作権が移譲されていることも理解します。

私はこの承認に署名することを拒むことができ、その拒否は私が受ける治療には何の影響も及ぼさないことを理解しています。

私は、画像・情報に含まれる権利および学術出版に際して、その使用に関連するすべての権利（それらに関連する支払請求を含む）から、第三者による流通または発行された専門誌やのインターネットのウェブサイトからの画像のコピーおよび転用・流布を禁じます。

私は 21 歳以上であり、自分の名前で契約する能力があることを保証します。

私はこの同意を医学教育のため自らの意思で決め許可し、なんどきでもその決定を翻すことができることを理解しています。

患者 日付

[illegible]

私は患者が上記を理解し、承認したことを証明します。

私は_____の保護者です。私は患者本人に代わって同意書に署名する権限があり、私はこの同意を医学教育のための自発的な貢献として認める。

親/保護者 日付