

환자 사진 및 동영상 촬영 동의서

본인은 본인이 받은 시술에 관련하여 사진과 동영상 등이 촬영된 사실을 알고 있습니다. 또한 본인과 관련된 사진과 동영상 등이 다른 환자의 진단과 치료를 위한 자료로 사용될 것이며, 의학 발전에 유용하게 사용되기 위해 학술 목적으로 학회지 논문에 인용될 수 있음을 설명 받았습니다.

본인의 사진과 동영상 등이 학회지 논문에 인용될 때는 본인의 성별과 나이, 수술 시기, 치료와 관련된 학술적 정보가 기술되고, 신체 부위 사진이 제시되지만 본인의 개인 식별이 가능한 어떠한 정보도 노출 되지 않음을 설명 들었습니다 (단, 눈이 노출되는 경우에 일부 신체 부위가 노출될 수 있으며, 안면 노출시 개인 식별이 어렵도록 처리됩니다).

본인의 이러한 동의 여부와 앞으로 치료 과정에는 아무런 상관이 없으며, 의료진이 최선을 다해 본인을 치료하게 될 것이고 이러한 동의를 원하지 않더라도 의료진은 본인의 결정을 존중할 것임을 설명 들었습니다.

본인은 본 내용이 공공교육에 헌신할 수 있음을 알고 자발적으로 작성하였으며, 저작권과 사진 출판 및 용어에 대하여 충분히 이해하였습니다.

본인이 서명한 후에는 양도된 저작권은 무효화될 수 없으며, 서명 후 양도된 저작권은 서명한 순간부터 10년 후 소멸될 것임을 설명 들었습니다.

본인은 이상과 같이 본인의 의학 사진 및 동영상의 저작권을

담당의사 _____ 에게 위임합니다.

20 . . .

이 름 : _____ 서 명 : _____

병 원 명 : _____ 진료과목 : _____

담 당 의 : _____ 서 명 : _____

Patient Photographic and Videographic Consent, Authorization and Release Form

I am informed and aware of photographs, videotapes and other images (imaging records) taken by Dr. _____ or his designee(s) of myself or any parts of my body regarding surgical procedures carried out by Dr. _____. I understand and consent that such imaging records may and will be used by Dr. _____ as reference in diagnosing and treating other patients in the future. I further consent to the release and transfer of copyright ownership by Dr. _____ to Archives of Plastic Surgery (APS) of such imaging records.

I understand that by consenting on release of my imaging records, these may and will be used in upcoming issue or issues of the journal, as well as on the journal website, or any other print or electronic media for the purpose of informing medical professionals or other readers about surgical methods.

I understand that when these imaging records are included in any articles, medical information regarding sex, age, operative date and treatment results may and will be included together. But I, nor any member of my family, will be identified by name in any publication, and any information that may aid in identifying me or my family will not be exposed. (In case of facial photographs, the photo is cropped to only necessary parts in order to make individual identification impossible.)

I understand that whether I consent on this form or not, it bears no consequences whatsoever on any future actions, and that there will be no effect on the medical treatment I receive from Dr. _____ or any subordinates.

I grant this consent as a voluntary contribution in the interest of public education, and certify that I have read the above Consent, Authorization and Release form and fully understand its terms.

I understand that, if I do not revoke this authorization, it will expire ten years from the date written below.

I hereby transfer in above-mentioned terms, the copyright of
my imaging records to Dr. _____.

20 . . .

Name : _____ Signature : _____

Hospital : _____ Department : _____

Designated Doctor: _____ Signature : _____

Archives of Plastic Surgery