SOCKET SCIENCE · TEMPLATE

موافقة على التصوير الفوتوغرافي والفيديو السريري

تساعدنا الصور والفيديوهات السريرية على تخطيط علاجك وتوثيقه. وقد يكون بعضها مفيدًا أيضًا للتعليم أو النشر العلمي أو التعريف بعيادتنا. أنت من يقرر الاستخدامات التي توافق عليها، ورفض أي استخدام لن يؤثر في علاجك.

اسم المريض: _____ تاريخ الميلاد: _____

العيادة: _____ الطبيب المعالج: _____

1. الصور التي قد تُلتقط

☐ صور داخل الفم

☐ صور للوجه والابتسامة

☐ تسجيلات فيديو للعلاج

☐ صور الأشعة والمسح ثلاثي الأبعاد

2. أوافق على استخدام صوري في

1. ملفي الطبي وتخطيط العلاج	☐ نعم	☐ لا
2. تعليم أطباء الأسنان والطلاب	☐ نعم	☐ لا
3. العروض في المؤتمرات المهنية	☐ نعم	☐ لا
4. النشر في المجلات أو الكتب العلمية	☐ نعم	☐ لا
5. موقع العيادة الإلكتروني	☐ نعم	☐ لا
6. حسابات العيادة على وسائل التواصل	☐ نعم	☐ لا
7. إعلانات العيادة المرخّصة	☐ نعم	☐ لا

3. إمكانية التعرّف

☐ يجوز استخدام صور يمكن التعرف عليّ منها (مثل الوجه كاملًا)

☐ يجوز استخدام الصور التي لا يمكن التعرف عليّ منها فقط

4. الحفظ

تُحفظ الصور بأمان ضمن ملفك الطبي وفق أنظمة حماية البيانات. وعند استخدامها خارج العلاج تُزال الأسماء والبيانات التعريفية قدر الإمكان.

5. سحب الموافقة

يمكنك سحب موافقتك في أي وقت بإبلاغ العيادة كتابيًا. سنوقف أي استخدام جديد ونحذف الصور من موقعنا وحساباتنا. وقد يتعذر استرجاع ما طُبع أو نشره الآخرون مسبقًا.

6. إذا كان المريض طفلًا

اسم ولي الأمر: _____ صلة القرابة بالمريض: _____

☐ تم سؤال الطفل وهو موافق

المريض · التوقيع / التاريخ	ولي الأمر · التوقيع / التاريخ	الطبيب · التوقيع / التاريخ
_____	_____	_____