SOCKET SCIENCE · TEMPLATE

Consenso a fotografie e riprese video cliniche

Fotografie e video clinici ci aiutano a pianificare e documentare il suo trattamento. Alcuni possono essere utili anche per didattica, pubblicazioni o informazione sul nostro studio. Lei decide quali usi autorizzare. Negare un uso non influisce sulle sue cure.

Nome del paziente: _____ Data di nascita: _____

Studio: _____ Odontoiatra: _____

1. Immagini che possono essere acquisite

☐ Fotografie intraorali
☐ Fotografie del viso e del sorriso
☐ Riprese video del trattamento
☐ Radiografie e scansioni 3D

2. Autorizzo l'uso delle mie immagini per

1. La mia cartella clinica e la pianificazione del trattamento	☐ Sì	☐ No
2. La formazione di professionisti e studenti	☐ Sì	☐ No
3. Presentazioni a congressi professionali	☐ Sì	☐ No
4. Pubblicazioni su riviste o libri professionali	☐ Sì	☐ No
5. Il sito web dello studio	☐ Sì	☐ No
6. I canali social dello studio	☐ Sì	☐ No
7. La comunicazione informativa dello studio	☐ Sì	☐ No

3. Riconoscibilità

☐ Possono essere usate immagini in cui sono riconoscibile (per esempio il volto intero)
☐ Possono essere usate solo immagini in cui non sono riconoscibile

4. Conservazione

Le immagini sono conservate in modo sicuro nella cartella clinica secondo il GDPR. Quando usate fuori dalle cure, nomi e dati identificativi vengono rimossi per quanto possibile.

5. Revoca del consenso

Può revocare il consenso in qualsiasi momento comunicandolo per iscritto allo studio. Interromperemo nuovi usi e rimuoveremo le immagini dal nostro sito e dai nostri canali social. Il materiale già stampato o pubblicato da terzi potrebbe non essere recuperabile.

6. Se il paziente è minorenne

Nome del genitore o tutore: _____ Rapporto con il paziente: _____

☐ Il minore è stato informato ed è d'accordo

_____ _____ _____

Paziente · Firma / Data | Genitore o tutore · Firma / Data | Odontoiatra · Firma / Data

Modello di Socket Science (socketscience.doctor). Da adattare alla normativa e alla deontologia del suo Paese prima dell'uso.