SOCKET SCIENCE · TEMPLATE

임상 사진 및 동영상 촬영·이용 동의서

임상 사진과 동영상은 치료 계획과 기록에 도움이 됩니다. 일부는 교육, 학술 발표, 치과 안내에도 유용할 수 있습니다. 어떤 용도에 동의할지는 본인이 선택합니다. 동의하지 않아도 진료에는 아무런 영향이 없습니다.

환자 성명: _____ 생년월일: _____

치과명: _____ 담당의: _____

1. 촬영할 수 있는 이미지

☐ 구강 내 사진
☐ 얼굴과 미소 사진
☐ 치료 중 동영상
☐ 방사선 사진과 3D 스캔

2. 다음 목적의 이용에 동의합니다

1. 진료기록과 치료 계획	☐ 예	☐ 아니요
2. 치과 의료인과 학생 교육	☐ 예	☐ 아니요
3. 학회·세미나 발표	☐ 예	☐ 아니요
4. 학술지·서적 게재	☐ 예	☐ 아니요
5. 치과 홈페이지	☐ 예	☐ 아니요
6. 치과 SNS	☐ 예	☐ 아니요
7. 치과 광고(의료법 범위 내)	☐ 예	☐ 아니요

3. 식별 가능성

☐ 본인을 알아볼 수 있는 이미지(예: 얼굴 전체) 이용에 동의
☐ 본인을 알아볼 수 없는 이미지만 이용에 동의

4. 보관

이미지는 개인정보 보호법에 따라 진료기록의 일부로 안전하게 보관합니다. 진료 외 목적으로 이용할 때는 가능한 한 이름과 식별 정보를 삭제합니다.

5. 동의 철회

언제든지 서면으로 동의를 철회할 수 있습니다. 새로운 이용을 중단하고 치과 홈페이지와 SNS에서 이미지를 삭제합니다. 이미 인쇄되었거나 제3자가 게시한 자료는 회수하지 못할 수 있습니다.

6. 환자가 미성년자인 경우

법정대리인 성명: _____ 환자와의 관계: _____

☐ 아이에게 설명하고 동의를 받음

_____ _____ _____

환자 · 서명 / 날짜 법정대리인 · 서명 / 날짜 담당의 · 서명 / 날짜

템플릿: Socket Science (socketscience.doctor). 사용 전 국내 법령과 의료광고 규정에 맞게 수정하세요.