

## 교육용 식별 정보가 포함될 수 있는 사운드 및 이미지 녹음 사용에 대한 동의서

본인은 \_\_\_\_\_ 담당 의사 또는 지정인 \_\_\_\_\_에게 교과서, 저널, 전자 형식의 프레젠테이션 또는 출판물을 포함할 수 있는 교육 목적으로 치료 과정에서 촬영한 본인의 이미지 및 사운드 녹음을 사용할 권한을 부여합니다.

본인은 이미지 및 사운드 녹음 공유에 대한 본인의 승인을 인정하거나 철회하지 않아도 본인이 받는 의료 서비스에는 어떤 영향도 미치지 않음을 이해합니다. 질문이 있거나 향후 승인을 철회하고 싶은 경우, 제공자에게 문의하겠습니다.

본인은 언제든지 승인을 철회할 수 있고 이 승인은 추후에도 적용될 것이며 이미 공유된 이미지 및 사운드 녹음에는 적용되지 않을 것임을 이해합니다.

본인은 교육 출판물을 정기적으로 사용하는 과학자 및 의학 연구자뿐만 아니라 일반 대중도 이러한 이미지 및 사운드 녹음을 보거나 들을 수 있음을 이해합니다.

본인은 이러한 이미지 및 사운드 녹음이 식별 가능한 정보가 되고, 누군가가 본인을 알아볼 수 있는 가능성이 생긴다는 것을 이해합니다.

본인은 본인의 이미지와 사운드 녹음 사용에 대해 어떤 당사자로부터도 대가를 받지 않음을 이해합니다.

이 동의서 양식은 아래에 명시되지 않는 한 모든 이미지 및 사운드 녹음에 적용됩니다.

- 작성 날짜: \_\_\_\_\_
- 신체 부분: \_\_\_\_\_
- 다음 제공업체에서 사용: \_\_\_\_\_
- 기타: \_\_\_\_\_

다음 양식에 서명함으로써, 본인은 이 양식에 대한 동의를 완전하게 설명받았고 질문에 대한 답변을 들 기회 있었음을 확증합니다.

### 환자\* 또는 법적 대리인\*\*

이름(정자체) \_\_\_\_\_ 서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_ 시간 \_\_\_\_\_ 관계 \_\_\_\_\_

### 증인 서명

이름(정자체) \_\_\_\_\_ 서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_ 시간 \_\_\_\_\_  환자 서명을 증인함 (해당 사항에 체크)

### 선호 언어 통역사 이름 또는 번호

이름(정자체) 및/또는 번호 \_\_\_\_\_ 서명(참석한 경우) \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_ 시간 \_\_\_\_\_  환자가 통역사를 거부함 (해당 사항에 체크)

전화/영상 동의(해당 사항에 체크), 법적 승인된 대리인\*\*/통역사 서명 불필요.

이름(정자체) \_\_\_\_\_ 주치의/의료진 서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_ 시간 \_\_\_\_\_

\* 환자가 만 18세 미만이거나 신체 능력이 없는 경우를 제외하고 환자의 서명을 받아야 합니다.

\*\* 가족 건강 관리 결정법에 따라 법원이 지정한 후견인, 의료 대리위임장 또는 대리인