

환자 사진 및 동영상 촬영과 출판, 이용 동의서

본인은 본인이 받은 시술과 관련하여 사진과 동영상 등의 영상 기록이 촬영된 사실을 알고 있습니다. 또한 본인과 관련된 사진과 동영상 등이 다른 환자의 진단과 치료를 위한 자료로 사용될 것이며, 영상을 촬영한 의료진이 해당 영상의 저작권을 대한창상학회 (“KWMS”)에게 양도함을 이해하고 있고 이에 동의합니다.

본인의 영상 기록의 출판과 이용에 동의함으로써 의학 발전에 유용하게 사용되기 위해 학술 목적으로 KWMS 또는 KWMS의 허가를 받은 제3자에 의하여 학회지 논문(특히 대한창상학회의 학술지 Journal of Wound Management and Research)과 교과서, 학술발표와 강연 그리고 인터넷을 비롯한 인쇄 및 전자 또는 방송 매체에 인용될 수 있음을 설명 받았습니다. 또한 본인의 영상 기록이 KWMS의 소유가 된다는 점을 이해하였습니다.

본인의 영상 기록이 학회지 논문을 비롯한 매체에 인용될 때는 본인의 성별과 나이, 시술 시기, 치료와 관련된 학술적 정보가 기술되고, 경우에 따라서는 영상 기록 또는 의학적 정보를 통해 개인 식별이 가능할 수도 있으며, 영상 기록을 본인의 신체와 유사한 형태의 영상으로 변조할 수도 있음을 이해하였습니다. 또한 어떤 경우에도 본인 또는 본인 가족의 실명이 학술매체에 기재되지 않음을 설명 들었습니다.

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. 또한 동의와 서명 이후에라도 어느 때든 서면으로 동의를 취소할 수 있으나, 동의 취소 이전에 행해진 활동에 대해서는 취소가 효과를 발휘하지 않을 수 있음도 이해하였습니다. 동의를 취소하지 않을 경우 서명 후 양도된 저작권은 서명한 순간부터 10년 후 소멸될 것임을 설명 들었습니다.

본인은 19세 이상의 성인으로서 스스로 동의 및 서명할 수 있으며, 본 내용이 공공교육에 헌신할 수 있음을 알고 자발적으로 작성하였고, 저작권과 사진 출판 및 용어에 대하여 충분히 이해하였습니다.

이 름: _____ 서 명: _____

날 짜: _____ 병 원 명: _____

담당의/간호사: _____ 서 명: _____

본인은 미성년자인 _____의 친권자/보호자로서 그를 대신하여 서명 및 동의할 자격을 갖추고 있으며 본 내용이 공공교육에 헌신할 수 있음을 알고 자발적으로 작성하였고, 저작권과 사진 출판 및 용어에 대하여 충분히 이해하였습니다.

이 름: _____ 서 명: _____

날 짜: _____