

לצורך קבלת הסכמת מטופל לפרסום תמונות ו/או מידע בנוגע אליו בפרסומים מאת BMJ.

שם המטופל:

הקשר למטופל (במידה שהמטופל אינו האדם שחותם על טופס זה):

תיאור התצלום, התמונה, הטקסט או חומר אחר (חומר) בנוגע למטופל. יש לצרף לטופס זה עותק של החומר:

הכותרת הזמנית של המאמר שבו החומר ייכלל:

הסכמה

אני _____ [שם מלא בכתב ברור] מעניק את הסכמתי לכך שהחומר אודותי/אודות המטופל יופיע בפרסום מאת BMJ.

הריני מאשר כי: (יש לסמן את הריבועים לאישור)

- צפיתי בתצלום, בתמונה, בטקסט או בחומר האחר אודותי/אודות המטופל
- קראתי את המאמר שיוגש ל-BMJ
- אני רשאי להעניק הסכמה זאת באופן חוקי.

אני מבין את האמור להלן:

- (1) המידע יפורסם מבלי ששמי/שם המטופל יהיה מצורף, אולם אני מבין כי לא ניתן להבטיח עילום שם באופן מוחלט. ייתכן שאדם כלשהו במקום כלשהו – לדוגמה, אדם שטיפל בי/במטופל או קרוב משפחה – עשוי לזהות אותי/את המטופל.
- (2) החומר עשוי לכלול פרטים הנוגעים למצבי הרפואי/מצבו הרפואי של המטופל או לפציעה ולפרוגנוזה, טיפול או ניתוח כלשהו שעברתי/שהמטופל עבר או עשוי לעבור בעתיד.
- (3) המאמר עשוי להתפרסם בכתב עת המופץ בכל רחבי העולם. פרסומי BMJ מופנים בעיקר לרופאים ולאנשי מקצוע אחרים בתחום הבריאות אך מעיינים בהם גם אנשים רבים אחרים לרבות אקדמאים, סטודנטים ועיתונאים.
- (4) המאמר, לרבות החומר, עשויים לשמש כנושא של הודעה לעיתונות, ועשויים להופיע קישורים אליו במדיה החברתית ו/או עשוי להיעשות בהם שימוש בפעילויות קידום מכירות אחרות. לאחר שיפורסם, המאמר יופיע באתר האינטרנט של BMJ ועשוי להיות זמין באתרי אינטרנט נוספים.
- (5) הטקסט של המאמר יעבור עריכה מטעמי סגנון, תחביר ואחידות בטרם פרסומו.
- (6) לא אקבל/המטופל לא יקבל תועלת כספית כלשהי מפרסום המאמר.

(7) חלקים מהמאמר או כולו עשויים גם לשמש בפרסומים ובמוצרים אחרים שיפורסמו על ידי BMJ ו/או מוציאים לאור אחרים. הדבר כולל פרסום באנגלית ובתרגום, בדפוס, בפורמטים דיגיטליים, ובכל פורמט אחר בו BMJ או מוציאים לאור אחרים עשויים לעשות שימוש בהווה ובעתיד. המאמר עשוי להופיע במהדורות מקומיות של כתבי עת או פרסומים אחרים שיתפרסמו בבריטניה ובמדינות אחרות.

(8) באפשרותי לבטל את הסכמתי בכל עת לפני הפרסום, אולם לאחר שהמאמר יימסר לפרסום ("ישלח להדפסה") לא ניתן יהיה לבטל את ההסכמה.

(9) טופס הסכמה זה יישמר באופן מאובטח ובסודיות על ידי BMJ בהתאם לחוק, אך לא למשך זמן רב יותר מהנדרש.

יש לסמן את הריבועים לאישור האמור להלן:

אני מסכים לתת ל-BMJ לאחסן את פרטי הקשר שלי (לרבות מחוץ לאזור הכלכלי האירופי [EEA]) אך ורק לצורך יצירת קשר עימי בעתיד, במקרה הצורך.

לגבי המקומות בהם הסכמה זאת נוגעת למאמר שנמצא בדוחות המקרה של BMJ, קיבלתי/המטופל קיבל הזדמנות להעיר על המאמר ואני שבע רצון מכך שההערות באו לידי ביטוי במאמר.

על החתום: _____ שם בכתב ברור: _____

כתובת: _____ כתובת דואר אלקטרוני: _____

מספר טלפון: _____

במקרה שהחתימה נעשית בשם המטופל, יש לפרט את הסיבה לאי-יכולתו של המטופל להעניק את ההסכמה בעצמו (לדוגמה, המטופל נפטר, מתחת לגיל 18 או סובל מליקוי שכלי או קוגניטיבי).

תאריך: _____

במידה שאתה חותם עבור משפחה או קבוצה אחרת, יש לסמן את הריבוע על מנת לאשר כי כל בני המשפחה או חברי הקבוצה הרלוונטיים קיבלו הודעה על כך.

במידה שהמטופל הוא ילד בן 7 שנים או יותר, עליו גם לאשר את הסכמתו:

על החתום: _____ שם בכתב ברור: _____

תאריך לידה: _____ תאריך: _____

פרטי האדם שהסביר את הטופס ונתן אותו למטופל או לנציגו (לדוגמה, המחבר הרלוונטי או אדם אחר שהינו בעל סמכות לקבל הסכמה).

על החתום: _____ שם בכתב ברור: _____

תפקיד: _____ כתובת: _____

מוסד: _____

כתובת דואר אלקטרוני: _____ מספר טלפון: _____

תאריך: _____