

## Olur formu

Bir hastanın, kendisiyle ilgili görsellerin ve/veya bilgilerin BMJ yayınlarında yayımlanmasına ilişkin oluru içindir.

Hastanın adı:

---

Hastayla yakınlık derecesi (bu formu imzalayan kişi hasta değilse):

---

Hastayla ilgili fotoğraf, görsel, metin veya başka materyalin (**Materyal**) açıklaması.

**Materyalin bir kopyası bu forma iliştilmelidir:**

---

Materyalin dahil edileceği makalenin geçici başlığı:

---

### OLUR

Ben \_\_\_\_\_ [BÜYÜK HARFLERLE TAM ADI], benimle/hastamla ilgili Materyalin bir BMJ yayınında kullanılmasına olur veriyorum.

**Aşağıdakileri onaylıyorum:** (onaylamak için lütfen kutucukları işaretleyin)

- benimle/hastamla ilgili fotoğraf, görsel, metin veya başka materyali gördüğümü
- BMJ'ye sunulacak olan makaleyi okuduğumu
- bu oluru vermeye yasal olarak hakkım olduğunu.

Aşağıdakileri anlıyorum:

- (1) Materyalin benim/hastamın adı ekli şekilde yayınlanmayacağını, ancak tam bir isim gizliliğinin de garanti edilemeyeceğini. Bir yerde birisinin - örneğin bana/hastaya bakmış birisi veya bir akraba - beni/hastayı tanıyabileceğini.
- (2) Materyalin, benim/hastanın tıbbi durumu veya sakatlığını ve benim/hastanın görmüş, görüyor veya gelecekte göreceği herhangi bir prognoz, tedavi veya ameliyatı gösterebileceği veya bunlarla ilgili ayrıntıları içerebileceğini.
- (3) Makalenin dünya çapında dağıtılan bir dergide yayınlanabileceğini. BMJ'nin yayınlarının daha çok doktorlar ve diğer sağlık çalışanlarına gittiğini, fakat akademisyenler, öğrenciler ve gazeteciler de dahil olmak üzere birçok başka kişi tarafından da görülebileceğini.
- (4) Materyal de dahil olmak üzere makalenin bir basın açıklamasının konusu olabileceği ve sosyal medyayla bağlantı kurulabileceği ve/veya başka tanıtım faaliyetlerinde kullanılabileceğini. Bir kez yayınlandığında, makalenin bir BMJ web sitesine konacağını ve başka web sitelerinde de yer alabileceğini.
- (5) Makale metninin yayınlanmadan önce stil, dil bilgisi ve tutarlılık açısından düzenleneceğini.
- (6) Benim/hastanın makalenin yayınlanmasından hiçbir maddi fayda görmeyeceğimi/görmeyeceğini.

- (7) Makalenin, tamamen veya kısmen, BMJ ve/veya başka yayın kuruluşları tarafından yayınlanan başka yayınlar ve ürünlerde de kullanılabilceğini. Bunlara, İngilizce ve çevrilen dillerde, basılı, dijital formatlarda ve BMJ veya diğer yayın kuruluşları tarafından şimdi ve gelecekte kullanılabilcek her türlü başka formattaki yayınların da dahil olduğunu. Makalenin, dergi veya diğer yayınların İngiltere ve deniz aşırı ülkelerdeki yerel sürümlerinde de çıkabileceğini.
- (8) Olurumu yayınlanmadan önce herhangi bir zaman geri çekebileceğimi, fakat makale bir kez yayın taahhüdüne girdiğinde (“basıma gittiğinde”) oluru geri çekmenin mümkün olmayacağını.
- (9) Bu olur formunun, gerekli olduğundan uzun süre olmamak kaydıyla, yasaya uygun şekilde BMJ tarafından güvenli ve emin şekilde saklanacağını.

Lütfen aşağıdakileri onaylamak için kutucukları işaretleyin:

- BMJ'nin, ileride gerekli olduğu takdirde sadece benimle iletişim kurmak amacıyla bilgilerimi saklamasına (EEA dışı da dahil olmak üzere) olur veriyorum.
- Bu olurun *BMJ Vaka Raporları*'ndaki bir makaleyle ilgili olduğu durumlarda, benim/hastanın, makale üzerinde yorumda bulunma fırsatım/fırsatı olmuştur ve varsa yorumların makaleye yansıtılmış olmasından memnunum.

İmza: \_\_\_\_\_

Büyük harflerle adı: \_\_\_\_\_

Adresi: \_\_\_\_\_

E-posta adresi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon no.: \_\_\_\_\_

Hasta adına imzalıyorsanız, lütfen hastanın neden kendisinin olur veremediğine dair bir neden belirtin (örn. hasta vefat etmiş, 18 yaşından küçük veya algısal veya zihinsel engele sahip).

\_\_\_\_\_

Tarih: \_\_\_\_\_

- Bir aile veya başka bir grup adına imzalıyorsanız, lütfen ailenin veya grubun ilgili tüm fertlerinin bilgilendirildiğini onaylayan kutucuğu işaretleyin.

**Hasta 7 yaş veya üstü bir çocuksa, o da olurunu doğrulamalıdır:**

İmza: \_\_\_\_\_

Büyük harflerle adı: \_\_\_\_\_

Doğum tarihi: \_\_\_\_\_

Tarih: \_\_\_\_\_

**Formu hastaya veya onun temsilcisine açıklayan veya veren kişinin bilgileri (örn. yazışmadan sorumlu kişi veya oluru alma yetkisine sahip başka bir şahıs).**

İmza: \_\_\_\_\_

Büyük harflerle adı: \_\_\_\_\_

Mevki: \_\_\_\_\_

Adresi: \_\_\_\_\_

Kurum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E-posta adresi: \_\_\_\_\_

Telefon no.: \_\_\_\_\_

Tarih: \_\_\_\_\_