

RAD

Informirani Pristanak

Ja, _____ (ime osobe koja potpisuje ovaj obrazac) dajem svoj pristanak za objavljivanje povijesti bolesti/obiteljske anamneze/fotografija/drugih slika (npr. CT nalaz)/druge medicinske dokumentacije (u nastavku „materijali“) koja se odnosi na mene/ moje malodobno dijete/mog rođaka(inju) (u nastavku „pacijent“) u časopisu RAD, kojeg izdaje Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti (HAZU). Potvrđujem da sam pročitao i raspravio materijal predviđen za tisak sa _____ autorom(icom)/koautorom(icom) ovog članka.

Molimo Vas da pročitate sljedeće uvijete.

1. Sav sadržaj objavljen u RAD-u je besplatno dostupan na internetu.
2. Materijali će biti objavljeni bez Vašeg/pacijentovog imena i drugih nevažnih podataka koji bi mogli otkriti Vaš/pacijentov identitet. Potpuna anonimnost, međutim, nije moguća. Osobe koje su se brinule za Vas/pacijenta u bolnici, kao i prijatelji i/ili rodbina koja je upoznata sa Vašim/pacijentovim zdravstvenim stanjem, mogli bi Vas/pacijenta prepoznati u članku.
3. Ovaj članak, uključujući materijale, bit će objavljen u časopisu RAD koji je prije svega namijenjen liječnicima i drugim zdravstvenim radnicima. Međutim, druge osobe, poput profesora, studenata i novinara također imaju pristup časopisu..
4. Po objavi na internetskim stranicama, sadržaj ovog članka može biti prenesen na društvene mreže i/ili druge internetske stranice.
5. Prije objave tekst ovog članka može biti podvrgnut prepravcima koji se tiču stila, gramatike i dosljednosti.
6. Vi/pacijent nećete imati nikakve financijske dobiti od objave ovog članka.
7. Ovaj pristanak može se povući bilo kada prije objavljivanja slanjem maila na rad@rad-med.com i autoru koji je supotpisnik na ovom obrascu. Nakon objave članka povlačenje pristanka više neće biti moguće.
8. Urednički odbor časopisa RAD može Vas kontaktirati prema informacijama koje ste naveli u ovom obrascu.

Razumio/razumjela sam sve gore navedene uvijete.

Ime

Ime malodobnog djeteta/pacijenta

Razlog zbog kojeg pacijent ne može samostalno potpisati ovaj obrazac

RAD

Patient Consent Form

Datum

Potpis

Kontakt info.

Autor

Kratak opis materijala korištenih u ovom članku

Kratak provizorni naslov članka

Datum

Potpis

