

**UNIVERZA V LJUBLJANI
MEDICINSKA FAKULTETA
KATEDRA ZA DRUŽINSKO MEDICINO**

PRIVOLITEV ZA VIDEOSNEMANJE POSVETA PRI ZDRAVNIKU

Ime zdravnika _____ Datum _____

Bolnikovo ime _____ spremljevalec _____

- Zdravnik, ki ste ga danes obiskali, snema nekatere pogovore.
- Video-posnetki so namenjeni učenju in poučevanju o sporazumevanju v okviru specializacije iz družinske medicine.
- Posnet bo le pogovor. Nobenih intimnih pregledov ne bo pred kamero.
- Ni potrebno, da se strinjate s snemanjem pogovora. Če želite, da se kamera ugasne, prosim povejte medicinski sestri. To ne bo povzročilo nikakršnih problemov ali zakasnilo vašega pogovora z zdravnikom.
- Video-posnetek ne bomo pokazali nobenemu zdravniku izven tečaja družinske medicine brez vašega dovoljenja.
- Video-posnetek bo uničen po dveh mesecih, razen če ne boste dovolili, da ga hranimo dlje.
- V katerem koli trenutku lahko zdravniku rečete, naj ugasne kamero, če vas kaj skrbi.

**Prosim, če lahko s podpisom privolite, da se posvet z vašim zdravnikom snema.
Hvala za vašo pomoč.**

PODPIS _____

Če ste po obisku pri zdravniku nezadovoljni s snemanjem in želite, da se posnetek zbriše, povejte medicinski sestri.

**Če ste po posvetu zadovoljni, da bo posnetek uporabljen za učne namene,
prosim, podpišite. Najlepša hvala.**

PODPIS _____

Doc. dr. Davorina Petek, dr. med.
vodja modula Sporazumevanje 1