

**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 telesnih 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-posnetka ne bomo pokazali nobenemu zdravniku izven modula 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 ali zdravniku.

izr. prof. dr. Davorina Petek, dr. med.
vodja modula Sporazumevanje 1