



T.C.
Sağlık Bakanlığı



Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu
İstanbul Bakırköy Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi

OLGU SUNUMU ONAM FORMU

Olgu sunumu yapılan hastanın,

ADI ve SOYADI:

YAZININ BAŞLIĞI:

SORUMLU YAZAR:

Ben (Ad-soyad) kendimle ilgili veya yakınımın hastalığı ile ilgili bilgilerin ve görsel belgelerin yazıda kullanılması için onay veriyorum.

Yazıda hastalığı ile ilgili sunum yapılan hastanın kimlik bilgilerine yer vermeden, gerekli gizleme yapılarak bilgilerin dergide yayınlanacağını veya dergi web sitesinde yer alabileceğini, dergi yayınlanmadan önce herhangi bir zamanda onayımı geri çekebileceğimi, ancak daha sonrasında onayımı çekmenin mümkün olmayacağı konularını;

Okudum ve onaylıyorum.

Ad-Soyad:

İmza:

Tarih:

Sorumlu yazar:

Ad Soyad

İmza:

Tarih: