



Zgoda na wykonanie i przetwarzanie zdjęć do dokumentacji zabiegowej

Ja, niżej podpisana,
wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na wykonanie zdjęć fotograficznych okolic poddanych zabiegowi
wyłącznie do celów dokumentacyjnych.

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na publikację/przetwarzanie wykonanych zdjęć
fotograficznych okolic poddanych zabiegowi, pod warunkiem nierozpoznawalności mojej twarzy.

.....
data i czytelny podpis Pacjenta