



## Zgoda na wykonanie i przetwarzanie zdjęć do dokumentacji zabiegowej

Ja, niżej podpisana(y) \_\_\_\_\_

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 osoby

data, podpis Pacjenta: \_\_\_\_\_