

நிழற்படம் பிடிப்பதற்கும் ஒளிப்பதிவு செய்வதற்கும் சம்மதம் தெரிவிக்கும் படிவம்

..... த/பெ/க.பெ.....

..... என்ற முகவரியில் வசிக்கும் நான் என்னை அழகியல் மருத்துவம் மற்றும் அறுவைசிகிச்சை மேற்கொள்ள உடற்பாகத்தினை மரு..... நிழற்படம், ஒளிப்பதிவு மற்றும் பிறபடங்கள் எடுத்துக்கொள்ள சம்மதிக்கிறேன். மேலும் அவ்வாறு எடுக்கப்படும் புகைப்படங்கள், ஒளிப்பதிவு மற்றும் பிறபடங்கள் எனது மருத்துவ பதிவாக இருக்கும் என்பதையும் அறிந்து அதற்கு முழு மனதுடன் சம்மதிக்கிறேன்.

(அ) எனது மற்றும் எனது உடற்பாகங்களை எடுக்கும் புகைப்படங்கள், ஒளிப்பதிவுகள் மற்றும் பிற படங்கள் அச்சு, காட்சி மற்றும் மின்னணு ஊடகங்களிலும், மருத்துவ நாளிதழ்கள் மற்றும் புத்தகங்களிலும், விளக்கக்காட்சிகளாகவும், பயிற்சி படிப்புகளுக்கும், இணையத்திலும், பொதுமக்களுக்கு மற்றும் மருத்துவ சமூகத்திற்கும் ஒட்டுறுப்பு அறுவை சிகிச்சைகள் குறித்தும், அதனால் ஏற்படும் விளைவுகள், பிரச்சனைகள், கவன ஈர்ப்புகள் போன்றவற்றிற்கு பயன்படுத்தப்படும் என்பதை அறிந்து அதற்குச் சம்மதிக்கிறேன்.

(அல்லது)

(ஆ) எனது புகைப்படங்கள், ஒளிப்பதிவுகள் மற்றும் பிற படங்களை எனது மருத்துவப் பதிவாக மட்டுமே உபயோகிக்க சம்மதிக்கிறேன். அவைகளை வெளியிட சம்மதிக்கவில்லை.

நோயாளி / பாதுகாவலர்
கையொப்பம்

இடம் :

நாள் :

உறவினர் / சாட்சி
கையொப்பம்

இடம் :

நாள் :