|  |
| --- |
| **Suostumus koskee**[ ] **Kuvan ottamista**[ ]  **Äänen tallentamista**[ ]  **Videon ottamista** |

|  |
| --- |
| **Kuvan/videon/äänitallenteen ottaminen** |
|  [täydennetään tilanteen mukaan]Tähän tarkempi kuvaus siitä mitä kuvataan tai tallennetaan (video, ääni, -kuva) ja missä tätä tullaan käyttämään. Esim. videossa osana ihotautien luento-oppimateriaalia. |

|  |
| --- |
| **Kuvauspaikka ja kuvaaja /äänityspaikka ja äänittäjä**  |
|  [täydennetään tilanteen mukaan]Tähän tiedot kuvauspaikasta ja kuvaajasta  |

|  |
| --- |
| **Valmiin materiaalin nimi ja tekijät** |
|  [täydennetään tilanteen mukaan]* Tähän lopullisen materiaalin nimi, johon kuva/video/äänitallenne liitetään. Mikäli kyseessä on yksittäinen materiaali, tallenne nimetään sitä parhaiten kuvaamalla tavalla.
* Tähän lisätään valmiin materiaalin kaikkien tekijöiden nimet (ei vaadita kuvattavien tietoja)
 |

|  |
| --- |
| Minua tähän henkilön nimi [täydennettävä]on pyydetty osallistumaan yllä mainittuun tallenteen valmistamiseen. Annan suostumukseni sille, että materiaalia, jossa esiinnyn tai alaikäinen lapseni esiintyy, voidaan käyttää osana kansallista lääketieteen ja hammaslääketieteen yliopisto-opetusta.Olen lukenut ja ymmärtänyt saamani kirjallisen **tietosuojaselosteen**. Tietosuojaselosteen perusteella olen saanut riittävän selvityksen oikeuksistani, tietojen käsittelyn tarkoituksesta, luonteesta ja siinä käytettävistä menetelmistä sekä materiaalin käytöstä lääketieteen ja hammaslääketieteen opetuksessa. Olen saanut myös riittävät tiedot materiaalin käyttöön liittyvistä haitoista, hyödyistä, eduista ja riskeistä. Olen saanut tiedon siitä, että oppimateriaalilla esiintymisestä ei ole odotettavissa minulle lääketieteellistä hyötyä. Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani. Minua ei ole painostettu oppimateriaalilla esiintymiseen. Tiedostan, että osallistumiseni on vapaaehtoista, ja että voin kieltäytyä osallistumasta materiaalin tuottamiseen sekä/tai peruuttaa tämän suostumukseni koska tahansa syytä ilmoittamatta ilman, että kieltäytymiseni tai peruuttamiseni vaikuttaa millään tavoin hoitooni tai asemaansa terveydenhuollon palvelujen käyttäjänä. Ymmärrän, että jos peruutan suostumukseni, minusta suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja tullaan käyttämään osana oppimateriaalia.  Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni oppimateriaalilla esiintymiseen ja suostun minua esittävän materiaalin käyttöön kansallisessa lääketieteen ja hammaslääketieteen yliopisto-opetuksessa:Aika ja paikka Suostumuksen antajan (oppimateriaalilla esiintyvän) allekirjoitus ja nimenselvennysMikäli oppimateriaalilla esiintyjän suostumuksen antaja on huoltaja (alaikäinen), edunvalvoja tai esiintyjällä on läheinen/potilaan edustaja, pyydetään suostumuksen antajalta erillinen allekirjoitus tarvittaessa: Aika ja paikka Suostumuksen antavan esiintyjän huoltajan (alaikäinen), edunvalvojan, esiintyjän läheisen/potilaan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys |