**Письменное добровольное согласие пациента на публикацию**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО пациента, год рождения

предоставляю свое письменное информированное согласие на использование информации, имеющей отношение к моему клиническому случаю, для публикации в медицинском журнале «Эндокринная хирургия» (включая электронную версию). Я осознаю, что информация будет опубликована без моей фамилии и инициалов, номера истории болезни и других персональных данных, и журнал примет все меры для обеспечения моей анонимности. Однако, я понимаю, что полная анонимность не может быть гарантирована. Я понимаю, что данная информация может быть доступна научному медицинскому сообществу, которое регулярно обращается к подобным публикациям с целью профессионального самосовершенствования. Давая согласие на публикацию информации, имеющей отношение к моему клиническому случаю, я понимаю, что не получу за нее плату от какой-либо из сторон. Я осведомлен(а), что мой отказ от предоставления согласия на публикацию информации, имеющей отношение к моему клиническому случаю, не повлияет на качество медицинских услуг, которые мне будут предоставлены. Я могу отозвать свое согласие в любое время до опубликования материала, но после того, как информация будет передана на опубликование («поступит в печать»), отозвать ее будет невозможно. Подписывая данную форму, я подтверждаю, что положения данного согласия были мне четко и доступно разъяснены.

(Подпись)

□ Отметьте, если пациент является несовершеннолетним или недееспособным

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_