**Samtykkeerklæring - Ugeskrift for Læger**

*Til forfatter: Denne formular skal IKKE indsendes til Ugeskrift for Læger, af hensyn til patientfortrolighed, men anbefales gemt i patientens journal. I Forfatterskabserklæring vedr. publicering i Ugeskrift for Læger erklærer forfatter(e), at der er indhentet de nødvendige samtykker til publicering af fotos/illustrationer/videoer med og/eller tekst om patienten.*

Jeg, [*patientens navn*] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tillader at man i Ugeskrift for Læger publicerer fotos/illustrationer/videoer af mig og/eller tekst, som omhandler mig og som kan være genkendelig for andre. Jeg er indforstået med, at det vil blive bragt uden mit navn og så anonymiseret som muligt, men at der ikke kan garanteres for at sundhedspersonale fra mit behandlingsforløb, eller pårørende, ikke vil kunne genkende min historie.

Fotos/illustrationer/videoer af mig og/eller tekst kan publiceres både på tryk i Ugeskrift for Læger og online på Ugeskriftet.dk, som primært læses af læger, men som også er tilgængeligt for ikke-læger, almindelige borgere og journalister. Jeg er indforstået med, hvad det indebærer. Ugeskrift for Læger vil ikke bringe oplysninger fra artiklen i andre sammenhænge end den videnskabelige publicering.

Dette samtykke kan trækkes tilbage, indtil artiklen er antaget til publicering på Ugeskrift for Læger. Herefter kan samtykke ikke trækkes tilbage.

Fotos/illustrationer/videoer viser: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Artiklen omhandler: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Artiklens kontaktforfatter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patientens navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patientens fødselsdato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Patientens underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pårørende/værge (på vegne af patienten):

Navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relation til patienten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pårørende/værges underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_