|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Uppgifter om avbildad | | | | | | | | | | |
| Namn | | | | | | | Personnummer | | | |
|  | | | | | | |  | | | |
| Uppgifter om fotografering/filmning | | | | | | | | | | |
| Namn på fotograf/filmare | | | | | | | Datum | | | |
|  | | | | | | |  | | | |
| Plats (vårdenhet) | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Samtycke att foto/film används inom | | | | | | | | | | |
|  | Vårdenheten |  | Sjukhuset | |  | Region Jönköpings län | |  | Externt | |
| Sammanhang | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Eventuellt undantag | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Underskrift | | | | | | | | | | |
| Datum | | | | Underskrift | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |
| Information | | | | | | | | | | |
| Avbildad och/eller vårdnadshavare äger rätt att när som helst ändra sitt beslut om samtycke. Detta sker via meddelande till verksamhetschef för vårdenheten. | | | | | | | | | | |