

동의서

BMJ 출판물에서 본인에 대한 이미지 및/또는 정보 출판에 대한 환자 동의용.

환자 이름: _____

환자와의 관계(환자가 이 양식에 서명하지 않은 경우): _____

환자에 대한 사진, 이미지, 텍스트 또는 기타 자료(자료)에 대한 설명. 자료 사본이 이 양식에 첨부되어야 함: _____

자료가 포함될 기사의 잠정적인 제목: _____

동의

본인 _____ [전체 이름 정자체 기입]은/는 BMJ 출판물에서 나오는 본인/환자에 대한 자료를 위해 본인의 동의를 제공합니다.

본인은 다음을 확인합니다: (확인을 위해 확인란에 체크 표시해 주십시오)

- 본인은 본인/환자에 대한 사진, 이미지, 텍스트 또는 기타 자료를 보았습니다
- 본인은 BMJ에 제출될 기사를 읽었습니다
- 본인은 법적으로 이 동의를 제공할 자격이 있습니다.

본인은 다음 내용을 이해합니다:

- (1) 해당 자료는 첨부된 본인/환자의 이름을 포함하지 않은 상태로 출판될 것입니다. 그러나, 완전한 익명성이 보장될 수는 없다는 사실을 이해합니다. 어딘가에 있는 누군가(예를 들면, 본인/환자를 돌보는 누군가 또는 친척)가 본인/환자를 알아볼 수도 있습니다.
- (2) 해당 자료는 본인/환자의 의학적 상태나 손상 및 본인/환자가 받고 있거나, 받았거나 미래에 받을 수 있는 일체의 예후, 치료 또는 수술에 대한 상세정보를 표시하거나 포함할 수 있습니다.
- (3) 해당 기사는 전 세계적으로 배포되는 저널에서 출판될 수 있습니다. BMJ의 출판물은 주로 의사나 기타 의료 서비스 전문가들에게 제공되지만, 또한 학자, 학생, 저널리스트 등 기타 다양한 사람들이 구독하고 있습니다.
- (4) 해당 자료를 포함한 기사는 보도 자료의 주제가 될 수 있으며, 소셜미디어로부터/소셜미디어에 링크로 연결되고/연결되거나 기타 관측 활동에서 사용될 수 있습니다. 일단 출판되고 나면, 해당 기사는 BMJ 웹사이트에 배치되며, 기타 웹사이트에서도 이용할 수 있게 됩니다.
- (5) 해당 기사의 텍스트는 출판되기 전에 문체, 문법 또는 일관성을 위해 편집될 것입니다.
- (6) 본인/환자는 해당 기사의 출판물로부터 어떠한 재정적 혜택도 받지 않을 것입니다.

- (7) 해당 기사는 또한 BMJ 및/또는 기타 출판사를 통해 출판되는 다른 출판물 및 제품에서 전부 또는 부분적으로 사용될 수도 있습니다. 이에 현재나 미래에 BMJ 또는 기타 출판사를 통해 사용될 수 있는 영문본 또는 번역본으로 된 인쇄물, 디지털 형식, 기타 모든 형식의 출판물이 포함됩니다. 해당 기사는 영국 및 해외지역에서 출판되는 저널이나 기타 출판물의 현지 출판본에서 나올 수 있습니다.
- (8) 본인은 출판 전에 언제라도 본인의 동의를 철회할 수 있지만, 해당 기사가 출판물로 발행되고 나면(“편집을 마감하고 나면”) 해당 동의를 철회하는 것은 가능하지 않습니다.
- (9) 이 동의서는 필요한 기간 동안 법률에 따라 BMJ 를 통해 비밀이 보장되는 방식으로 안전하게 보관될 것입니다.

다음 내용을 확인하기 위해 확인란에 체크 표시해 주십시오:

- 본인은 필요할 경우 미래에 본인에게 연락하기 위한 고유한 목적으로 본인의 연락처 상세정보(EEA 이외 지역 포함)를 BMJ가 보관하는 것에 동의합니다.
- 이 동의서가 *BMJ 사례 보고서(BMJ Case Reports)*의 기사와 관련되어 있는 경우, 본인/환자에게 해당 기사에 대해 논의할 기회가 있었으며 해당 논의(있을 경우)가 기사에서 반영되었다는 사실에 본인은 만족합니다.

서명: _____ 이름(정자체): _____

주소: _____ 이메일 주소: _____

_____ 전화번호: _____

환자를 대신해 서명한 경우, 환자가 스스로 서명할 수 없는 이유를 제공해 주십시오(예: 환자가 사망한 경우, 만 18세 미만인 경우 또는 인지 장애나 지적 장애가 있는 경우).

_____ 날짜: _____

- 가족이나 기타 집단을 위해 서명하는 경우, 가족이나 집단의 해당하는 모든 구성원이 해당 내용을 고지받았다는 사실을 확인하기 위해 확인란에 체크 표시해 주십시오.

환자가 만 7세 이상의 어린이인 경우, 환자는 본인의 동의 내용을 또한 확인해야 합니다:

서명: _____ 이름(정자체): _____

생년월일: _____ 날짜: _____

환자나 그 대리인에게 해당 양식을 설명하고 이를 제공한 사람의 상세정보(예: 동의를 받을 권한이 있는 해당 저자 또는 기타 개인).

서명: _____ 이름(정자체): _____

직책: _____ 주소: _____

임상시험 실시기관: _____ _____

이메일 주소: _____ 전화번호: _____

날짜: _____