AUTORISATION POUR LA PRISE DE PHOTOGRAPHIES

*Identification du patient*

Je, soussigné (e),

Autorise le Docteur , chirurgien plasticien, à faire des photographies numériques et 3D et à les utiliser pour les fins médicales, scientifiques ou éducatives suivantes :

OUI NON

Suivi médical (Avec votre chirurgien) ☐ ☐

Présentation aux médecins résidents, pour présentation enseignement ☐ ☐

Présentation afin de démontrer l’évolution chirurgicale à un autre patient ☐ ☐

Présentation sur notre site internet ☐ ☐

IMPORTANT : Bien que les résultats avec le VECTRA 3D (photos 3 dimensions) soient précis, nous ne pouvons garantir une correspondance exacte de vos résultats avec le modèle généré par ordinateur. L’objectif principal avec cet appareil est d’avoir un outil de communication le plus réaliste possible des attentes et des résultats escomptés.

J’autorise l’utilisation et la publication des photographies de la manière suivante : En gardant l’anonymat

Signé à Québec le :

Date

Signature Témoin