

SAMTYKKEERKLÆRING VIDEO- /LYDOPPTAK

Vi gir herved vårt samtykke til at behandlingstimen til vårt barn blir tatt opp på video- eller lydbånd.

- Opptakene skal kun brukes ved veiledning og ferdighetstrening av behandler/helsesykepleier.
- Opptakene skal oppbevares utilgjengelig for uvedkommende og vil slettes når veiledningen avsluttes.
- Opptakene skal ikke inneholde fullt navn, adresse eller andre personopplysninger.
- Samtykket kan når som helst trekkes tilbake ved at behandler/helsesykepleier får beskjed.

I tillegg til ovenstående skal behandler/helsesykepleier også følge NFKTs retningslinjer for opptak og innlevering av video og lydopptak.

Sted:..... Dato:.....

.....
Underskrift elev

.....
Underskrift foresatt 1

.....
Underskrift foresatt 2

For behandler/helsesykepleier:

Opptakene vil kun benyttes i veiledningssammenheng og ferdighetstrening.
Opptakene skal arkiveres på forsvarlig måte og vil slettes ved avsluttet veiledning.

Sted:..... Dato:.....

.....
Underskrift behandler/helsesykepleier