

AUTORISATION D'UTILISATION D'IMAGE (Sur Majeur)



LE PATIENT
NOM
PRÉNOM
DATE DE NAISSANCE
ADRESSE
MAIL
TÉLÉPHONE

LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ
NOM
PRÉNOM
ADRESSE PROFESSIONNELLE
MAIL
TÉLÉPHONE

Le professionnel de santé a réalisé une ou plusieurs photographies sur lesquelles apparaît le patient.
Ces images ont été réalisées

En date du
à.....

MODES DE DIFFUSION

Le patient autorise expressément le professionnel de santé à faire usage des photographies visées ci-dessus pour en cochant les cases correspondantes.

- UTILISATION DANS LE CADRE DU SUIVI DES PLAIES
- UTILISATION STRICTE DU SUIVI DES PLAIES AVEC COMMUNICATION À D'AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DANS LE CADRE DE
- FORMATION PROFESSIONNELLE
- CONGRÈS SCIENTIFIQUE
- PUBLICATION PROFESSIONNELLE (PRESSE PROFESSIONNELLE)
- LES PHOTOGRAPHIES POURRONT ÊTRE EXPLOITÉES DIRECTEMENT PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ OU CÉDÉES À DES TIERS, SOUS TOUTES LES FORMES AUTORISÉES CI-DESSUS

DURÉE DE L'AUTORISATION

La présente autorisation est accordée pour une durée de.....ans à compter de sa signature

ENGAGEMENT DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ

Le professionnel de santé s'interdit expressément de procéder à une exploitation des images susceptibles de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation du patient, ni d'utiliser les images sur tout support à caractère préjudiciable. Le professionnel de santé tiendra à disposition du patient, un justificatif de chaque parution, disponible sur simple demande, et encouragera ses collaborateurs ou partenaires à faire de même en mettant personnellement tout en œuvre pour atteindre cet objectif.

CONDITIONS DE L'ACCORD

Le patient marque expressément son accord sur les conditions suivantes, cochant la mention appropriée. Il est conscient que cet accord l'engage contractuellement conformément au Code civil.

AUTORISATION SANS CONTRE PARTIE

Le patient confirme que son autorisation est donnée en connaissance de cause sans contrepartie. Il manifeste ainsi son intérêt et son soutien au travail de suivi du professionnel de santé ; Il ne pourra prétendre à aucune rémunération du fait des utilisations des images réalisées.

AUTORISATION CONTRE TIRAGES PAPIER DES IMAGES

Le patient confirme que son autorisation est donnée moyennant l'engagement du professionnel de santé de lui transmettre, dès que possible, les doubles des photographies (support informatique) pour son usage personnel.

FAIT À

LE

LE PATIENT

LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ

