

Consentimento para Gravação de Consultas em Vídeo

Médico (Nome) _____

Utente/Doente (Nome) _____

Gostaríamos de ter o seu consentimento para gravar, em vídeo, a sua consulta de hoje. Os exames íntimos não serão gravados.

A videogravação será utilizada para fins de formação e investigação médicas e será visionada unicamente por profissionais de saúde.

Sim, dou consentimento para que a minha consulta seja videogravada.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do (a) utente/doente

Assinatura do médico
