

نیورولوجی® جرائد میں بیانات کی نشاندہی کرنے یا مواد کی شناخت کے لئے رضامندی

میں اپنی طبی حالت سے متعلق معلومات کو مندرجے زئل جرائی میں شائع کرنے کے لئے اپنی رضامندی دیتا ہوں۔ یہ معلومات امریکن اکیڈمی آف نیورولوجی کے کسی ایک ("AAN") نیورولوجی® جرائد اور دنیا بھر میں کسی بھی میڈیا (جیسے ویب سائٹس ، سوشل میڈیا) میں شائع کی جائیں گی۔
مصنف: آپ براہ کرم یہ فارم مکمل کریں:
مضمون اور دیگر اجزا کی تفصیل:

مصنف کا نام:

مریض: آپ براہ کرم یہ فارم مکمل کریں:

میں سمجھتا ہوں کہ:

- اشاحت طبی معاملات کی وضاحت یا عقا سی کر سکتا ہے۔
- ناموں کو شائع نہیں کیا جائے گا ، لیکن مکمل گمنامی کی ضمانت نہیں دی جاسکتی ہے۔ میں سمجھتا ہوں کہ یہ ممکن ہے کہ کوئی مریض یا دیگر افراد کو تصویر اور / یا ساتھ والے اشاعت سے پہچان سکے۔
- مریض سے متعلق معلومات کے استعمال میں AAN اشاعت کے طباعت شدہ اور الیکٹرانک ایڈیشنز ، متعلقہ ویب سائٹوں پر ، متعلقہ پلیٹ فارمز پر ، منسلک یا دوبارہ طباعت شدہ ایڈیشن (غیر ملکی زبان کے ایڈیشنوں سمیت) ، اور دیگر کاموں یا مصنوعات میں اشاعت شامل ہوسکتی ہے۔ میں سمجھتا ہوں کہ یہ بھی ممکن ہے کہ ہماری اجازت کے بغیر بھی اس مواد کو

کاپی کیا گیا ہو اور آن لائن یا دوسروں کے ذریعہ پرنٹ کیا جائے۔

- میں امریکن اکیڈمی آف نیورولوجی کو مٹیریل میں موجود تمام حقوق دیتا ہوں۔ میں سمجھتا ہوں کہ مادہ بی کے استعمال کے سلسلے میں مجھے کبھی کوئی اور رائٹٹی نہیں ملے گی۔
- مواد میں ترمیم کی جا سکتی ہے ، نظر ثانی کی جا سکتی ہے ، -

براہ کرم ہر ایک بیان کو پڑھنے کے بعد نیچے صرف ایک خانہ چیک کریں:

___ میں نے مضمون پڑھا ہے اور ان تمام نقشوں ، تصاویر ، گذارشات ، اور ویڈیوز کا جائزہ لیا ہے جو شائع ہونے پر مضمون کے ساتھ شامل ہوں گے۔

___ مجھے تمام نقشوں ، تصاویر ، گذارشات ، اور ویڈیوز کا جائزہ لینے کی جو شائع ہونے پر مضمون کے ساتھ شامل ہوں گے لیکن میں نے ایسا کرنے کا اپنا حق ترک کر دیا۔

___ ذیل میں دستخط کر کے ، میں مذکورہ بالا تفہیم سے متفق ہوں اور یہ کہ اس فارم کو جریدے نیورولوجی کے ادارتی دفتر میں بھیجا جائے گا۔

مریض کا نام _____
مریض کے دستخط _____
تاریخ _____

نائب کا نام _____
نائب کے دستخط _____
تاریخ _____

مریض سے رشتہ _____