



## Súhlas so zverejnením anonymizovaných údajov po 3D spracovaní.

Na základe objednávky o spracovaní elektronických dát pacienta XXXXXXXXXXXXXXXX

meno a priezvisko: Virtuálny pacient KIT  
dátum narodenia: 22.3.1973  
r. č.: 7303229098  
bydlisko: Šancova 110, 83104 Bratislava  
zdravotná poisťovňa: VŠZP  
e-mail: pavolkostka73@gmail.com  
tel. č.: 0905743554  
meno a priezvisko zák. zást.: .....

(„Dotknutá osoba – Pacient“)

zo dňa dňa den.mesiac.rok vytvoríme:

- v programe InVesallius 3D rekonštrukciu časti organizmu podľa požiadaviek pacienta
- 3D vizualizáciu časti organizmu podľa požiadaviek pacienta
- 3D tlač podľa 3D vizualizácii
- 3D report
- z 3D vizualizácií a 3D reportu vytvoríme video

Dolu podpísaný klient udeľuje súhlas na zverejnenie anonymizovaného 3D reportu a videa 3D vizualizácií na kanály youtube.

V miesto podpisu, dňa den.mesiac.rok

Virtuálny pacient KIT

.....  
Dotknutá osoba – Pacient

