

### 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**

\_\_\_\_\_