

- (6) Εγώ/ο ασθενής δεν θα αποκομίσω/ει κανένα οικονομικό όφελος από τη δημοσίευση του άρθρου.
- (7)
- (8) Το άρθρο, επίσης, μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο σύνολό του ή μέρος του σε άλλες δημοσιεύσεις και προϊόντα που δημοσιεύει το WJCP ή/και άλλοι εκδότες. Αυτά περιλαμβάνουν δημοσιεύσεις στην αγγλική γλώσσα και σε μετάφραση, σε έντυπη και ψηφιακή μορφή καθώς και σε οποιαδήποτε άλλη μορφή που μπορεί να χρησιμοποιήσει το WJCP ή άλλοι εκδότες τώρα και στο μέλλον. Το άρθρο μπορεί να εμφανιστεί σε τοπικές εκδόσεις επιστημονικών περιοδικών ή άλλων εντύπων που εκδίδονται στο εξωτερικό.
- (9) Μπορώ να ανακαλέσω τη συγκατάθεσή μου οποιαδήποτε στιγμή πριν από τη δημοσίευση, ωστόσο, αν το άρθρο εγκριθεί για δημοσίευση («έχει πάει στο τυπογραφείο»), δεν είναι δυνατή η ανάκληση της συγκατάθεσης.
- (10) Το παρόν έντυπο συγκατάθεσης θα διατηρηθεί με ασφάλεια και εμπιστευτικότητα από την BMJ σύμφωνα με τη νομοθεσία για όσο χρόνο κρίνεται απαραίτητο.

Σημειώστε στα σχετικά τετραγωνίδια, για να επιβεβαιώσετε τα ακόλουθα:

☒ Παραχωρώ τη συγκατάθεσή μου στο WJCP σχετικά με τη διατήρηση των στοιχείων επικοινωνίας μου (και εκτός ΕΟΧ) μόνο με σκοπό την επικοινωνία μαζί μου, αν κριθεί απαραίτητο, στο μέλλον.

☒ Για τα σημεία που η παρούσα συγκατάθεση σχετίζεται με ένα άρθρο στις Αναφορές Περιστατικών του WJCP εγώ/ο ασθενής είχα/είχε την ευκαιρία να σχολιάσω/ει το άρθρο και είμαι/είναι ικανοποιημένος/από το γεγονός ότι τα σχόλια, αν υπάρχουν, αποτυπώνονται στο άρθρο.

Υπογραφή: _____

Ονοματεπώνυμο ολογράφως: _____

Διεύθυνση: _____

Διεύθυνση email: _____

Αρ. τηλεφώνου: _____

Αν υπογράφετε εκ μέρους ενός ασθενούς, αιτιολογήστε γιατί δεν μπορεί να υπογράψει ο ίδιος ο ασθενής (π.χ. ο ασθενής έχει αποβιώσει, είναι κάτω των 18 ετών ή έχει γνωστική ή πνευματική ανεπάρκεια).

Ημερομηνία: 11-NOV-2020

☐ Αν υπογράφετε για μια οικογένεια ή άλλη ομάδα, σημειώστε στο σχετικό τετραγωνίδιο, για να επιβεβαιώσετε ότι έχουν ενημερωθεί όλα τα σχετικά μέλη της οικογένειας ή ομάδας.

Αν ο ασθενής είναι παιδί ηλικίας 7 ετών και άνω, πρέπει να επιβεβαιώσει τη συγκατάθεσή του και το ίδιο:

Υπογραφή: _____

Ονοματεπώνυμο ολογράφως: _____

Ημερομηνία γέννησης: _____

Ημερομηνία: _____

Στοιχεία του ατόμου που έχει εξηγήσει και διανείμει το έντυπο στον ασθενή ή τον εκπρόσωπό του (π.χ. ο σχετικός συντάκτης ή άλλο άτομο που έχει την αρμοδιότητα λήψης συγκατάθεσης).

Υπογραφή: _____

Ονοματεπώνυμο ολογράφως: DIAMETRIOS T. PAPADIMITRI

Θέση: DIAGNOSTIC

Διεύθυνση: 58, KILSIAS 15125

Ίδρυμα: ATTENS MEDICAL CENTER

Διεύθυνση email: info@probenza.net Αρ. τηλεφώνου: +302106862172

Ημερομηνία: 11-NOV-2020

- (6) Εγώ/ο ασθενής δεν θα αποκομίσω/ει κανένα οικονομικό όφελος από τη δημοσίευση του άρθρου.
- (7)
- (8) Το άρθρο, επίσης, μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο σύνολό του ή μέρος του σε άλλες δημοσιεύσεις και προϊόντα που δημοσιεύει το WJCP ή/και άλλοι εκδότες. Αυτά περιλαμβάνουν δημοσιεύσεις στην αγγλική γλώσσα και σε μετάφραση, σε έντυπη και ψηφιακή μορφή καθώς και σε οποιαδήποτε άλλη μορφή που μπορεί να χρησιμοποιήσει το WJCP ή άλλοι εκδότες τώρα και στο μέλλον. Το άρθρο μπορεί να εμφανιστεί σε τοπικές εκδόσεις επιστημονικών περιοδικών ή άλλων εντύπων που εκδίδονται στο εξωτερικό.
- (9) Μπορώ να ανακαλέσω τη συγκατάθεσή μου οποιαδήποτε στιγμή πριν από τη δημοσίευση, ωστόσο, αν το άρθρο εγκριθεί για δημοσίευση («έχει πάει στο τυπογραφείο»), δεν είναι δυνατή η ανάκληση της συγκατάθεσης.
- (10) Το παρόν έντυπο συγκατάθεσης θα διατηρηθεί με ασφάλεια και εμπιστευτικότητα από την BMJ σύμφωνα με τη νομοθεσία για όσο χρόνο κρίνεται απαραίτητο.

Σημειώστε στα σχετικά τετραγωνίδια, για να επιβεβαιώσετε τα ακόλουθα:

☒ Παραχωρώ τη συγκατάθεσή μου στο WJCP σχετικά με τη διατήρηση των στοιχείων επικοινωνίας μου (και εκτός ΕΟΧ) μόνο με σκοπό την επικοινωνία μαζί μου, αν κριθεί απαραίτητο, στο μέλλον.

☒ Για τα σημεία που η παρούσα συγκατάθεση σχετίζεται με ένα άρθρο στις Αναφορές Περιστατικών του WJCP εγώ/ο ασθενής είχα/είχε την ευκαιρία να σχολιάσω/ει το άρθρο και είμαι/είναι ικανοποιημένος/από το γεγονός ότι τα σχόλια, αν υπάρχουν, αποτυπώνονται στο άρθρο.

Υπογραφή: [Signature]

Ονοματεπώνυμο ολογράφως: _____

Διεύθυνση: [Signature]

Διεύθυνση email: _____

Αρ. τηλεφώνου: _____

Αν υπογράφετε εκ μέρους ενός ασθενούς, αιτιολογήστε γιατί δεν μπορεί να υπογράψει ο ίδιος ο ασθενής (π.χ. ο ασθενής έχει αποβιώσει, είναι κάτω των 18 ετών ή έχει γνωστική ή πνευματική ανεπάρκεια).

Ημερομηνία: 11 - NOV - 2020

☐ Αν υπογράφετε για μια οικογένεια ή άλλη ομάδα, σημειώστε στο σχετικό τετραγωνίδιο, για να επιβεβαιώσετε ότι έχουν ενημερωθεί όλα τα σχετικά μέλη της οικογένειας ή ομάδας.

Αν ο ασθενής είναι παιδί ηλικίας 7 ετών και άνω, πρέπει να επιβεβαιώσει τη συγκατάθεσή του και το ίδιο:

Υπογραφή: _____

Ονοματεπώνυμο ολογράφως: _____

Ημερομηνία γέννησης: _____

Ημερομηνία: _____

Στοιχεία του ατόμου που έχει εξηγήσει και διανείμει το έντυπο στον ασθενή ή τον εκπρόσωπό του (π.χ. ο σχετικός συντάκτης ή άλλο άτομο που έχει την αρμοδιότητα λήψης συγκατάθεσης).

Υπογραφή: [Signature]

Θέση: [Signature]

Ίδρυμα: [Signature]

Διεύθυνση email: [Signature]

Ημερομηνία: _____