

PATIENTGODKÄNNANDE

NEUROPEPTIDER OCH MAGTARMKANALEN

UNDERSÖKNING AV PATIENTER MED SYMTOM FRÅN MAGTARMKANALEN ELLER
DIABETES MELLITUS

Jag har tagit del av muntlig och skriftlig information angående studien
och dess syfte och accepterar att delta.

Namn: _____

Personnummer: |_|_|_|_|_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|_|_|_|

Ort: _____

Datum: _____

Namnteckning _____

Forskningsledare/behandlande läkare: _____

Namnteckning _____

Du kan när som helst under studiens gång välja att avbryta Ditt
deltagande.

Ta i så fall kontakt med ansvarig läkare och meddela Ditt beslut

Bodil Ohlsson
Professor, överläkare
Medicinkliniken
SUS, Malmö