

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: /..... /.....



**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΑΘΗΝΩΝ**

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Γ' ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΠΑ, ΓΝΑ ΚΑΤ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΚΟΠΟ

Ο/Η.....

(Σε περίπτωση που ο ασθενής είναι ανίκανος για δικαιοπρακτική δήλωση,
τότε υπογράφει ο εκπρόσωπός του)

Συναινώ στη δημοσίευση των αποτελεσμάτων της μελέτης σχετικά με
την ολική αρθροπλαστική ισχίου στην οποία υποβλήθηκα.

Υπογραφή ασθενούς

Υπογραφή/Σφραγίδα Ιατρού

.....

.....