

## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ο/Η υπογεγραμμένος/η ..... με κωδικό αριθμό.....  
παρέχω την άδεια στους ιατρούς μου της Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής του  
Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας:

να τηρούν σε ηλεκτρονικό αρχείο το ιστορικό μου και δεδομένα ρουτίνας από την αρχή της  
παρακολούθησης και θεραπείας μου, τηρώντας όλες τις διαδικασίες περί απορρήτου και  
ανωνυμίας και να έχουν την δυνατότητα χρησιμοποίησης στοιχείων του φακέλου μου για  
επιστημονικούς- ερευνητικούς σκοπούς

ΝΑΙ / ΟΧΙ

Υπογραφή: .....

παρέχω την άδεια στους ιατρούς μου:

να αποθηκεύσουν και χρησιμοποιήσουν υπολειπόμενα δείγματα βιολογικών μου υλικών από  
την αρχή της παρακολούθησής μου για επιστημονικούς- ερευνητικούς σκοπούς που δεν  
συμπεριλαμβάνουν γονιδιακές αναλύσεις DNA

ΝΑΙ / ΟΧΙ

Υπογραφή: .....

παρέχω την άδεια στους ιατρούς μου:

να αποθηκεύσουν και χρησιμοποιήσουν υπολειπόμενα δείγματα βιολογικών μου υλικών από  
την αρχή της παρακολούθησής μου για ερευνητικούς-επιστημονικούς σκοπούς που  
συμπεριλαμβάνουν γονιδιακές αναλύσεις DNA

ΝΑΙ / ΟΧΙ

Υπογραφή: .....

**Διαβεβαίωση Εμπιστευτικότητας:** Η συλλογή και επεξεργασία κάθε πληροφορίας που σας  
αφορά θα είναι ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΗ και προστατευμένη από τους κανόνες του ιατρικού  
απορρήτου του Επιστημονικού Συμβουλίου του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας  
καθώς και από το Νόμο Ν.2472/1997 για την προστασία προσωπικών δεδομένων. Θα  
τηρείται η ΑΝΩΝΥΜΙΑ και θα ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα για την προστασία των  
δικαιωμάτων των προσώπων στα οποία αναφέρονται.

**Ο δηλών / Η δηλούσα**

Ημερομηνία:.....

Ονοματεπώνυμο (ολογράφως): .....

Υπογραφή: .....

**Ο/η θεράπων ιατρός\***

Ημερομηνία:.....

Ονοματεπώνυμο (ολογράφως): .....

Υπογραφή: .....

\*Για ασθενείς που δεν γνωρίζουν Ελληνικά, ο/η θεράπων ιατρός βεβαιώνει ότι ενημέρωσε και εξήγησε τους όρους του εντύπου πριν αυτοί υπογράψουν

**Σημείωση για τον συμμετέχοντα στη μελέτη:** Παρακαλούμε φυλάξτε ένα αντίτυπο της επιστολής απόσυρσης συναίνεσης (βλ. επόμενη σελίδα) για τα αρχεία σας μαζί με το αντίτυπο του εντύπου συναίνεσης που υπογράψατε.

## ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΟΣΥΡΣΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ο/Η υπογεγραμμένος/η ..... με κωδικό αριθμό.....

αποσύρω την άδεια που είχα δώσει στους ιατρούς μου:

να τηρούν σε ηλεκτρονικό αρχείο το ιστορικό μου και δεδομένα ρουτίνας από την παρακολούθηση και θεραπεία μου προς χρήση τους για ερευνητικούς-επιστημονικούς σκοπούς

☐

αποσύρω την άδεια που είχα δώσει στους ιατρούς μου:

να αποθηκεύουν και χρησιμοποιούν υπολειπόμενα δείγματα βιολογικών μου υλικών για ερευνητικούς-επιστημονικούς σκοπούς που δεν συμπεριλαμβάνουν γονιδιακές αναλύσεις DNA.

☐

αποσύρω την άδεια που είχα δώσει στους ιατρούς μου:

να αποθηκεύουν και χρησιμοποιούν υπολειπόμενα δείγματα βιολογικών μου υλικών για ερευνητικούς-επιστημονικούς σκοπούς που συμπεριλαμβάνουν γονιδιακές αναλύσεις DNA

☐

ζητώ:

να καταστραφούν τα όποια αποθηκευμένα δείγματα βιολογικών μου υλικών και να ενημερωθώ εγγράφως για την καταστροφή τους

☐

(επιλέξτε ένα ή περισσότερα από τα πιο πάνω)

### Ο δηλών / Η δηλούσα

Ημερομηνία:.....

Ονοματεπώνυμο (ολογράφως): .....

Υπογραφή: .....

### Ο/η θεράπων ιατρός\*

Ημερομηνία:.....

Ονοματεπώνυμο (ολογράφως): .....

Υπογραφή: .....

\*Για ασθενείς που δεν γνωρίζουν Ελληνικά, ο/η θεράπων ιατρός βεβαιώνει ότι ενημέρωσε και εξήγησε τους όρους του εντύπου πριν αυτοί υπογράψουν