

IZJAVA O ZAVESTNI IN SVOBODNI PRIVOLITVI STARŠA PREISKOVANCA

Pediatrična klinika
Bohoričeva ulica 20
1525 Ljubljana

PRIVOLITEV STARŠA

Abernethy syndrome in Slovenian children: Case series and review of the literature

Sindrom Abernethy pri otrocih v Sloveniji: serija primerov in pregled literature

Strinjam se, da je moj otrok [redacted], ki bo preučevala serijo primerov bolnikov s sindromom Abernethy in dovoljujem objavo članka v tuji medicinski reviji v angleškem jeziku, ki je namenjena strokovni javnosti.

Raziskovalcem dovolim dostop do zdravstvenih podatkov (zdravstvene kartoteke) mojega otroka in potrjujem, da so mi zdravniki razložili raziskovalne postopke in da so mi odgovorili na vsa moja vprašanja. Zagotovili so mi, da si bodo avtorji članka kar se da prizadevali zagotoviti anonimnost mojega otroka in ne bodo objavili njegovega imena, datuma rojstva ali drugih osebnih podatkov, ki bi razkrili njegovo osebno identiteto.

Potrjujem, da so mi zdravniki razložili raziskovalne postopke in da so mi odgovorili na vsa moja vprašanja. Obvestili so me o alternativah sodelovanja v tej raziskavi, vključno s pravico, da ne bom sodeloval in pravico do odstopa od sodelovanja, ne da bi ogrozil kakovost zdravstvene oskrbe mojega otroka in ostalih članov moje družine na Pediatrični kliniki v Ljubljani. Poleg tega so mi razložili možno škodo in neugodnosti. Razumem možne koristi sodelovanja v raziskavi. Vem, da lahko zdaj ali kadarkoli v prihodnosti vprašam karkoli o raziskavi. Razumem, da bodo pridobljeni podatki uporabljeni le v zdravstvene namene.

Ime starša: [redacted]

Podpis: [redacted]

Ime zdravnika, ki je pridobil soglasje: [redacted]

Podpis: [redacted]

Datum: 29.5.2020

IZJAVA O ZAVESTNI IN SVOBODNI PRIVOLITVI STARŠA PREISKOVANCA

Pediatrična klinika
Bohoričeva ulica 20
1525 Ljubljana

PRIVOLITEV STARŠA

Abernethy syndrome in Slovenian children: Case series and review of the literature

Sindrom Abernethy pri otrocih v Sloveniji: serija primerov in pregled literature

Strinjam se, da je moj otrok _____ vključen v raziskavo, ki bo preučevala serijo primerov bolnikov s sindromom Abernethy in dovoljujem objavo članka v tuji medicinski reviji v angleškem jeziku, ki je namenjena strokovni javnosti.

Raziskovalcem dovolim dostop do zdravstvenih podatkov (zdravstvene kartoteke) mojega otroka in potrjujem, da so mi zdravniki razložili raziskovalne postopke in da so mi odgovorili na vsa moja vprašanja. Zagotovili so mi, da si bodo avtorji članka kar se da prizadevali zagotoviti anonimnost mojega otroka in ne bodo objavili njegovega imena, datuma rojstva ali drugih osebnih podatkov, ki bi razkrili njegovo osebno identiteto.

Potrjujem, da so mi zdravniki razložili raziskovalne postopke in da so mi odgovorili na vsa moja vprašanja. Obvestili so me o alternativah sodelovanja v tej raziskavi, vključno s pravico, da ne bom sodeloval in pravico do odstopa od sodelovanja, ne da bi ogrozil kakovost zdravstvene oskrbe mojega otroka in ostalih članov moje družine na Pediatrični kliniki v Ljubljani. Poleg tega so mi razložili možno škodo in neugodnosti. Razumem možne koristi sodelovanja v raziskavi. Vem, da lahko zdaj ali kadarkoli v prihodnosti vprašam karkoli o raziskavi. Razumem, da bodo pridobljeni podatki uporabljeni le v zdravstvene namene.

Ime starša: _____

Podpis: _____

Ime zdravnika, ki je pridobil soglasje: _____

Podpis: _____

Datum: 29.5.2020

IZJAVA O ZAVESTNI IN SVOBODNI PRIVOLITVI STARŠA PREISKOVANCA

Pediatrična klinika
Bohoričeva ulica 20
1525 Ljubljana

PRIVOLITEV STARŠA

Abernethy syndrome in Slovenian children: Case series and review of the literature

Sindrom Abernethy pri otrocih v Sloveniji: serija primerov in pregled literature

Strinjam se, da je moj otrok [redacted] vključen v raziskavo, ki bo preučevala serijo primerov bolnikov s sindromom Abernethy in dovoljujem objavo članka v tuji medicinski reviji v angleškem jeziku, ki je namenjena strokovni javnosti.

Raziskovalcem dovolim dostop do zdravstvenih podatkov (zdravstvene kartoteke) mojega otroka in potrjujem, da so mi zdravniki razložili raziskovalne postopke in da so mi odgovorili na vsa moja vprašanja. Zagotovili so mi, da si bodo avtorji članka kar se da prizadevali zagotoviti anonimnost mojega otroka in ne bodo objavili njegovega imena, datuma rojstva ali drugih osebnih podatkov, ki bi razkrili njegovo osebno identiteto.

Potrjujem, da so mi zdravniki razložili raziskovalne postopke in da so mi odgovorili na vsa moja vprašanja. Obvestili so me o alternativah sodelovanja v tej raziskavi, vključno s pravico, da ne bom sodeloval in pravico do odstopa od sodelovanja, ne da bi ogrozil kakovost zdravstvene oskrbe mojega otroka in ostalih članov moje družine na Pediatrični kliniki v Ljubljani. Poleg tega so mi razložili možno škodo in neugodnosti. Razumem možne koristi sodelovanja v raziskavi. Vem, da lahko zdaj ali kadarkoli v prihodnosti vprašam karkoli o raziskavi. Razumem, da bodo pridobljeni podatki uporabljeni le v zdravstvene namene.

Ime starša [redacted]

Podpis: [redacted]

Ime zdravnika, ki je pridobil soglasje: [redacted]

Podpis: [redacted]

Datum: 29. 5. 2020

IZJAVA O ZAVESTNI IN SVOBODNI PRIVOLITVI STARŠA PREISKOVANCA

Pediatrična klinika
Bohoričeva ulica 20
1525 Ljubljana

PRIVOLITEV STARŠA

Abernethy syndrome in Slovenian children: Case series and review of the literature

Sindrom Abernethy pri otrocih v Sloveniji: serija primerov in pregled literature

Strinjam se, da je moj otrok [redacted] raziskavo, ki bo preučevala serijo primerov bolnikov s sindromom Abernethy in dovoljujem objavo članka v tuji medicinski reviji v angleškem jeziku, ki je namenjena strokovni javnosti.

Raziskovalcem dovolim dostop do zdravstvenih podatkov (zdravstvene kartoteke) mojega otroka in potrjujem, da so mi zdravniki razložili raziskovalne postopke in da so mi odgovorili na vsa moja vprašanja. Zagotovili so mi, da si bodo avtorji članka kar se da prizadevali zagotoviti anonimnost mojega otroka in ne bodo objavili njegovega imena, datuma rojstva ali drugih osebnih podatkov, ki bi razkrili njegovo osebno identiteto.

Potrjujem, da so mi zdravniki razložili raziskovalne postopke in da so mi odgovorili na vsa moja vprašanja. Obvestili so me o alternativah sodelovanja v tej raziskavi, vključno s pravico, da ne bom sodeloval in pravico do odstopa od sodelovanja, ne da bi ogrozil kakovost zdravstvene oskrbe mojega otroka in ostalih članov moje družine na Pediatrični kliniki v Ljubljani. Poleg tega so mi razložili možno škodo in neugodnosti. Razumem možne koristi sodelovanja v raziskavi. Vem, da lahko zdaj ali kadarkoli v prihodnosti vprašam karkoli o raziskavi. Razumem, da bodo pridobljeni podatki uporabljeni le v zdravstvene namene.

Ime starš [redacted]

Podpis: [redacted]

Ime zdravnika, ki je dobil soglasje: [redacted]

Podpis: [redacted]

Datum: 29.5.2020

IZJAVA O ZAVESTNI IN SVOBODNI PRIVOLITVI STARŠA PREISKOVANCA

Pediatrična klinika
Bohoričeva ulica 20
1525 Ljubljana

PRIVOLITEV STARŠA

Abernethy syndrome in Slovenian children: Case series and review of the literature

Sindrom Abernethy pri otrocih v Sloveniji: serija primerov in pregled literature

Strinjam se, da je moj otrok _____ vključen v raziskavo, ki bo preučevala serijo primerov bolnikov s sindromom Abernethy in dovoljujem objavo članka v tuji medicinski reviji v angleškem jeziku, ki je namenjena strokovni javnosti.

Raziskovalcem dovolim dostop do zdravstvenih podatkov (zdravstvene kartoteke) mojega otroka in potrjujem, da so mi zdravniki razložili raziskovalne postopke in da so mi odgovorili na vsa moja vprašanja. Zagotovili so mi, da si bodo avtorji članka kar se da prizadevali zagotoviti anonimnost mojega otroka in ne bodo objavili njegovega imena, datuma rojstva ali drugih osebnih podatkov, ki bi razkrili njegovo osebno identiteto.

Potrjujem, da so mi zdravniki razložili raziskovalne postopke in da so mi odgovorili na vsa moja vprašanja. Obvestili so me o alternativah sodelovanja v tej raziskavi, vključno s pravico, da ne bom sodeloval in pravico do odstopa od sodelovanja, ne da bi ogrozil kakovost zdravstvene oskrbe mojega otroka in ostalih članov moje družine na Pediatrični kliniki v Ljubljani. Poleg tega so mi razložili možno škodo in neugodnosti. Razumem možne koristi sodelovanja v raziskavi. Vem, da lahko zdaj ali kadarkoli v prihodnosti vprašam karkoli o raziskavi. Razumem, da bodo pridobljeni podatki uporabljeni le v zdravstvene namene.

Ime starša: _____

Podpis: _____

Ime zdravnika, ki je pridobil soglasje: _____

Podpis: _____

Datum: 29.5.2020