

PATIENTGODKÄNNANDE

Prospektiv analys av magnetisk resonanstomografiundersökning för motorikbedömning av tunntarm

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

Olle Ekberg
Professor, överläkare
Bild och Funktion
Skånes Universitetssjukhuset, Malmö

Bodil Ohlsson
Professor, överläkare
Medicinkliniken
Skånes Universitetssjukhuset