

知情同意书·同意签字页

受试者声明

本人已仔细阅读了“Kimura's disease in soft palate: a case report with clinical and histopathological presentation 临床研究受试者须知”，并已充分理解了该临床研究目的、内容、方法以及参加研究的可能获益和风险。医生已将相关的医疗术语做了明确的解释，我所询问的所有问题均得到了通俗易懂的解答。我理解我可以拒绝加入研究或在任何时候和情况下中止和退出研究，医疗待遇和权利不受影响。

我参加本研究完全是自愿的，并进行了充分考虑，已了解相关检测会给本人疾病带来的治疗作用和可能发生的风险，获得了与本研究有关的完整、真实的信息，本人充分理解并支持该项临床研究。在没有任何压力且能自由选择的情况下，我自愿参加本临床研究，并自愿和研究医生配合，完成此项临床研究。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。

患者(签名): _____

日期: _____年____月____日

研究者声明

我声明我已向上述参加者详细解释了本研究的内容、步骤、可能出现的危险性和益处，并就病人提出的任何问题给予了充分的解答，病人已得到满意的答复并表示理解。

研究医生(签名): _____

日期: _____年____月____日