

Ημερομηνία.... [redacted]

Δήλωση Συγκατάθεσης Ασθενούς

Ο/Η [redacted] του [redacted] δίνω στην ερευνητική ομάδα της Ορθοπαιδικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας την συγκατάθεσή μου για συμμετοχή στην προοπτική μελέτης «Παράγοντες που προδιαθέτουν σε θρόμβωση μετά από ολικές αρθροπλαστικές επεμβάσεις μείζονων αρθρώσεων». Γνωρίζω ότι σε αυτή τη μελέτη ΔΕΝ θα αναφέρεται το όνομα μου ή η διεύθυνσή μου παρά μόνο στοιχεία για το φύλο, την ηλικία, το ιατρικό μου ιστορικό και την ιατρική φροντίδα που μου παρασχέθηκε καθώς και στοιχεία εργαστηριακών αναλύσεων.

Ενημερώθηκα ότι δεν πρόκειται να λάβω αμοιβή ή άλλη αποζημίωση στα πλαίσια της συμμετοχής μου στην ανωτέρω μελέτη.

Ενημερώθηκα ότι δεν είμαι υποχρεωμένος/η να υπογράψω το παρόν έντυπο και έχω το δικαίωμα να αρνηθώ. Η ιατρική μου περίθαλψη και η αποζημίωση του νοσηλευτικού ιδρύματος δεν θα επηρεαστούν από την απόφασή μου να υπογράψω ή όχι το παρόν έντυπο.

Μπορώ να αποσύρω τη συγκατάθεσή μου αυτή στο μέλλον, κοινοποιώντας την πρόθεσή μου αυτή στον θεράποντα ιατρό μου, αλλά αυτό δεν θα επηρεάσει οποιαδήποτε πληροφορία έχει ήδη δημοσιευθεί.

Η ισχύς της συγκατάθεσής μου αυτής δεν έχει ημερομηνία λήξης.

Υπογραφή Ασθενούς

[redacted]