

## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Εγώ, ο κάτωθι υπογεγραμμένος [Redacted] (ονοματεπώνυμο) συμφωνώ αβίαστα να συμμετέχω στην παρούσα μελέτη, όπως περιγράφεται στο Έντυπο Πληροφόρησης Ασθενούς.

Ο ιατρός [Redacted] με ενημέρωσε σχετικά με την παρούσα μελέτη.

Ναι Όχι

Καταλαβαίνω τις πληροφορίες που αφορούν τη μελέτη: 'Μακροχρόνια λειτουργικά και απεικονιστικά αποτελέσματα μετά από χειρουργικά αποκατάσταση σύνθετων συνδεσμικών κακώσεων του γόνατος' και μου δόθηκε ο χρόνος και η ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις.

☒ ☐

Ενημερώθηκα ότι η Επιτροπή Δεοντολογίας εξέτασε και γνωμοδότησε θετικά υπέρ της παρούσας μελέτης.

☒ ☐

Συμφωνώ ο προσωπικός μου γιατρός να ενημερωθεί για τη συμμετοχή μου.

☒ ☐

Καταλαβαίνω ότι όλα τα έγγραφα του ιατρικού μου φακέλου θα παραμείνουν άκρως εμπιστευτικά. Καταλαβαίνω επίσης ότι τα ιατρικά μου αρχεία μπορεί να εξεταστούν από:

☒ ☐

- την Επιτροπή Δεοντολογίας

Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος(-η) να τη διακόψω ανά πάσα στιγμή χωρίς να εξηγήσω το λόγο και χωρίς να επηρεαστεί η ιατρική μου περίθαλψη ή τα νόμιμα δικαιώματά μου. Σε οποιαδήποτε στιγμή μπορώ να ζητήσω επιπλέον διευκρινήσεις ή πληροφορίες.

☒ ☐

Ασθενής:

Υπογραφή: [Redacted]

Ιατρός:

Με το παρόν δηλώνω ότι έχω ενημερώσει τον/την ασθενή σχετικά με την παραπάνω έρευνα.

Ονοματεπώνυμο: Αναγνώστου Κωνσταντίνος Υπογραφή: [Redacted]

## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Εγώ, ο κάτωθι υπογεγραμμένος Αναγνώστου Κωνσταντίνος (ονοματεπώνυμο) συμφωνώ αβίαστα να συμμετέχω στην παρούσα μελέτη, όπως περιγράφεται στο Έντυπο Πληροφόρησης Ασθενούς.

Ο ιατρός Γιάννης με ενημέρωσε σχετικά με την παρούσα μελέτη.

Καταλαβαίνω τις πληροφορίες που αφορούν τη μελέτη: Μακροχρόνια λειτουργικά και απεικονιστικά αποτελέσματα μετά από χειρουργικά αποκατάσταση σύνθετων συνδεσμικών κακώσεων του γόνατος' και μου δόθηκε ο χρόνος και η ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις.

Ναι Όχι

☒ ☐

Ενημερώθηκα ότι η Επιτροπή Δεοντολογίας εξέτασε και γνωμοδότησε θετικά υπέρ της παρούσας μελέτης.

☒ ☐

Συμφωνώ ο προσωπικός μου γιατρός να ενημερωθεί για τη συμμετοχή μου.

☒ ☐

Καταλαβαίνω ότι όλα τα έγγραφα του ιατρικού μου φακέλου θα παραμείνουν άκρως εμπιστευτικά. Καταλαβαίνω επίσης ότι τα ιατρικά μου αρχεία μπορεί να εξεταστούν από:

☒ ☐

- την Επιτροπή Δεοντολογίας

Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος(-η) να τη διακόψω ανά πάσα στιγμή χωρίς να εξηγήσω το λόγο και χωρίς να επηρεαστεί η ιατρική μου περίθαλψη ή τα νόμιμα δικαιώματά μου. Σε οποιαδήποτε στιγμή μπορώ να ζητήσω επιπλέον διευκρινήσεις ή πληροφορίες.

☒ ☐

Ασθενής:

Υπογραφή: Αναγνώστου Κωνσταντίνος

Ιατρός:

Με το παρόν δηλώνω ότι έχω ενημερώσει τον/την ασθενή σχετικά με την παραπάνω έρευνα.

Ονοματεπώνυμο: Αναγνώστου Κωνσταντίνος Υπογραφή: Γιάννης

## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Εγώ, ο κάτωθι υπογεγραμμένος Παπαδόπουλος (ονοματεπώνυμο) συμφωνώ αβίαστα να συμμετέχω στην παρούσα μελέτη, όπως περιγράφεται στο Έντυπο Πληροφόρησης Ασθενούς.

Ο ιατρός Αναγνώστου Κωνσταντίνος με ενημέρωσε σχετικά με την παρούσα μελέτη.

Καταλαβαίνω τις πληροφορίες που αφορούν τη μελέτη: Μακροχρόνια λειτουργικά και απεικονιστικά αποτελέσματα μετά από χειρουργικά αποκατάσταση σύνθετων συνδεσμικών κακώσεων του γόνατος' και μου δόθηκε ο χρόνος και η ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις.

Ναι Όχι

☒ ☐

Ενημερώθηκα ότι η Επιτροπή Δεοντολογίας εξέτασε και γνωμοδότησε θετικά υπέρ της παρούσας μελέτης.

☒ ☐

Συμφωνώ ο προσωπικός μου γιατρός να ενημερωθεί για τη συμμετοχή μου.

☒ ☐

Καταλαβαίνω ότι όλα τα έγγραφα του ιατρικού μου φακέλου θα παραμείνουν άκρως εμπιστευτικά. Καταλαβαίνω επίσης ότι τα ιατρικά μου αρχεία μπορεί να εξεταστούν από:

☒ ☐

- την Επιτροπή Δεοντολογίας

Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος(-η) να τη διακόψω ανά πάσα στιγμή χωρίς να εξηγήσω το λόγο και χωρίς να επηρεαστεί η ιατρική μου περίθαλψη ή τα νόμιμα δικαιώματά μου. Σε οποιαδήποτε στιγμή μπορώ να ζητήσω επιπλέον διευκρινήσεις ή πληροφορίες.

☒ ☐

Ασθενής:

Υπογραφή: [Signature]

Ιατρός:

Με το παρόν δηλώνω ότι έχω ενημερώσει τον/την ασθενή σχετικά με την παραπάνω έρευνα.

Ονοματεπώνυμο: Αναγνώστου Κωνσταντίνος Υπογραφή: [Signature]

## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Εγώ, ο κάτωθι υπογεγραμμένος (ονοματεπώνυμο) [redacted] συμφωνώ αβίαστα να συμμετέχω στην παρούσα μελέτη, όπως περιγράφεται στο Έντυπο Πληροφοριών Ασθενούς.

Ο ιατρός Dr. Αναστασίου με ενημέρωσε σχετικά με την παρούσα μελέτη.

Ναι Όχι

Καταλαβαίνω τις πληροφορίες που αφορούν τη μελέτη: Μακροχρόνια λειτουργικά και απεικονιστικά αποτελέσματα μετά από χειρουργικά αποκατάσταση σύνθετων συνδεσμικών κακώσεων του γόνατος' και μου δόθηκε ο χρόνος και η ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις.

☒ ☐

Ενημερώθηκα ότι η Επιτροπή Δεοντολογίας εξέτασε και γνωμοδότησε θετικά υπέρ της παρούσας μελέτης.

☒ ☐

Συμφωνώ ο προσωπικός μου γιατρός να ενημερωθεί για τη συμμετοχή μου.

☒ ☐

Καταλαβαίνω ότι όλα τα έγγραφα του ιατρικού μου φακέλου θα παραμείνουν άκρως εμπιστευτικά. Καταλαβαίνω επίσης ότι τα ιατρικά μου αρχεία μπορεί να εξεταστούν από:

☒ ☐

- την Επιτροπή Δεοντολογίας

Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος(-η) να τη διακόψω ανά πάσα στιγμή χωρίς να εξηγήσω το λόγο και χωρίς να επηρεαστεί η ιατρική μου περίθαλψη ή τα νόμιμα δικαιώματά μου. Σε οποιαδήποτε στιγμή μπορώ να ζητήσω επιπλέον διευκρινήσεις ή πληροφορίες.

☒ ☐

Ασθενής:

Υπογραφή: [redacted]

Ιατρός:

Με το παρόν δηλώνω ότι έχω ενημερώσει τον/την ασθενή σχετικά με την παραπάνω έρευνα.

Ονοματεπώνυμο: Αναγνώστου Κωνσταντίνος

Υπογραφή: [redacted]

## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Εγώ, ο κάτωθι υπογεγραμμένος [Redacted] (ονοματεπώνυμο) συμφωνώ αβίαστα να συμμετέχω στην παρούσα μελέτη, όπως περιγράφεται στο Έντυπο Πληροφόρησης Ασθενούς.

Ο ιατρός [Redacted] με ενημέρωσε σχετικά με την παρούσα μελέτη.

Καταλαβαίνω τις πληροφορίες που αφορούν τη μελέτη: 'Μακροχρόνια λειτουργικά και απεικονιστικά αποτελέσματα μετά από χειρουργικά αποκατάσταση σύνθετων συνδεσμικών κακώσεων του γόνατος' και μου δόθηκε ο χρόνος και η ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις.

Ναι Όχι

☒ ☐

Ενημερώθηκα ότι η Επιτροπή Δεοντολογίας εξέτασε και γνωμοδότησε θετικά υπέρ της παρούσας μελέτης.

☒ ☐

Συμφωνώ ο προσωπικός μου γιατρός να ενημερωθεί για τη συμμετοχή μου.

☒ ☐

Καταλαβαίνω ότι όλα τα έγγραφα του ιατρικού μου φακέλου θα παραμείνουν άκρως εμπιστευτικά. Καταλαβαίνω επίσης ότι τα ιατρικά μου αρχεία μπορεί να εξεταστούν από:

☒ ☐

- την Επιτροπή Δεοντολογίας

Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος(-η) να τη διακόψω ανά πάσα στιγμή χωρίς να εξηγήσω το λόγο και χωρίς να επηρεαστεί η ιατρική μου περίθαλψη ή τα νόμιμα δικαιώματά μου. Σε οποιαδήποτε στιγμή μπορώ να ζητήσω επιπλέον διευκρινήσεις ή πληροφορίες.

☒ ☐

Ασθενής:

Υπογραφή: [Redacted]

Ιατρός:

Με το παρόν δηλώνω ότι έχω ενημερώσει τον/την ασθενή σχετικά με την παραπάνω έρευνα.

Ονοματεπώνυμο: Αναγνώστου Κωνσταντίνος Υπογραφή: [Redacted]

## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Εγώ, ο κάτωθι υπογεγραμμένος [redacted] (ονοματεπώνυμο) συμφωνώ αβίαστα να συμμετέχω στην παρούσα μελέτη, όπως περιγράφεται στο Έντυπο Πληροφόρησης Ασθενούς.

Ο ιατρός [redacted] με ενημέρωσε σχετικά με την παρούσα μελέτη.

Καταλαβαίνω τις πληροφορίες που αφορούν τη μελέτη: Μακροχρόνια λειτουργικά και απεικονιστικά αποτελέσματα μετά από χειρουργικά αποκατάσταση σύνθετων συνδεσμικών κακώσεων του γόνατος' και μου δόθηκε ο χρόνος και η ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις.

Ναι Όχι

☒ ☐

Ενημερώθηκα ότι η Επιτροπή Δεοντολογίας εξέτασε και γνωμοδότησε θετικά υπέρ της παρούσας μελέτης.

☒ ☐

Συμφωνώ ο προσωπικός μου γιατρός να ενημερωθεί για τη συμμετοχή μου.

☒ ☐

Καταλαβαίνω ότι όλα τα έγγραφα του ιατρικού μου φακέλου θα παραμείνουν άκρως εμπιστευτικά. Καταλαβαίνω επίσης ότι τα ιατρικά μου αρχεία μπορεί να εξεταστούν από:

☒ ☐

- την Επιτροπή Δεοντολογίας

Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος(-η) να τη διακόψω ανά πάσα στιγμή χωρίς να εξηγήσω το λόγο και χωρίς να επηρεαστεί η ιατρική μου περίθαλψη ή τα νόμιμα δικαιώματά μου. Σε οποιαδήποτε στιγμή μπορώ να ζητήσω επιπλέον διευκρινήσεις ή πληροφορίες.

☒ ☐

Ασθενής:

Υπογραφή: [redacted]

Ιατρός:

Με το παρόν δηλώνω ότι έχω ενημερώσει τον/την ασθενή σχετικά με την παραπάνω έρευνα.

Ονοματεπώνυμο: Αναγνώστου Κωνσταντίνος Υπογραφή: [redacted]



## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Εγώ, ο κάτωθι υπογεγραμμένος  (ονοματεπώνυμο) συμφωνώ αβίαστα να συμμετέχω στην παρούσα μελέτη, όπως περιγράφεται στο Έντυπο Πληροφόρησης Ασθενούς.

Ο ιατρός \_\_\_\_\_ με ενημέρωσε σχετικά με την παρούσα μελέτη.

Καταλαβαίνω τις πληροφορίες που αφορούν τη μελέτη: Μακροχρόνια χειρουργικά και απεικονιστικά αποτελέσματα μετά από χειρουργικά αποκατάσταση σύνθετων συνδεσμικών κακώσεων του γόνατος' και μου δόθηκε ο χρόνος και η ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις.

Ναι Όχι

☒ ☐

Ενημερώθηκα ότι η Επιτροπή Δεοντολογίας εξέτασε και γνωμοδότησε θετικά υπέρ της παρούσας μελέτης.

☒ ☐

Συμφωνώ ο προσωπικός μου γιατρός να ενημερωθεί για τη συμμετοχή μου.

☒ ☐

Καταλαβαίνω ότι όλα τα έγγραφα του ιατρικού μου φακέλου θα παραμείνουν άκρως εμπιστευτικά. Καταλαβαίνω επίσης ότι τα ιατρικά μου αρχεία μπορεί να εξεταστούν από:

☒ ☐

- την Επιτροπή Δεοντολογίας

Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος(-η) να τη διακόψω ανά πάσα στιγμή χωρίς να εξηγήσω το λόγο και χωρίς να επηρεαστεί η ιατρική μου περίθαλψη ή τα νόμιμα δικαιώματά μου. Σε οποιαδήποτε στιγμή μπορώ να ζητήσω επιπλέον διευκρινήσεις ή πληροφορίες.

☒ ☐

Ασθενής:

Υπογραφή: ...

Ιατρός:

Με το παρόν δηλώνω ότι έχω ενημερώσει τον/την ασθενή σχετικά με την παραπάνω έρευνα.

Ονοματεπώνυμο: Αναγνώστου Κωνσταντίνος Υπογραφή: 

## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Εγώ, ο κάτωθι υπογεγραμμένος  (ονοματεπώνυμο) συμφωνώ αβίαστα να συμμετέχω στην παρούσα μελέτη, όπως περιγράφεται στο Έντυπο Πληροφόρησης Ασθενούς.

Ο ιατρός \_\_\_\_\_ με ενημέρωσε σχετικά με την παρούσα μελέτη.

Καταλαβαίνω τις πληροφορίες που αφορούν τη μελέτη: 'Μακροχρόνια λειτουργικά και απεικονιστικά αποτελέσματα μετά από χειρουργικά αποκατάσταση σύνθετων συνδεσμικών κακώσεων του γόνατος' και μου δόθηκε ο χρόνος και η ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις.

Ναι Όχι

☒ ☐

Ενημερώθηκα ότι η Επιτροπή Δεοντολογίας εξέτασε και γνωμοδότησε θετικά υπέρ της παρούσας μελέτης.

☒ ☐

Συμφωνώ ο προσωπικός μου γιατρός να ενημερωθεί για τη συμμετοχή μου.

☒ ☐

Καταλαβαίνω ότι όλα τα έγγραφα του ιατρικού μου φακέλου θα παραμείνουν άκρως εμπιστευτικά. Καταλαβαίνω επίσης ότι τα ιατρικά μου αρχεία μπορεί να εξεταστούν από:

☒ ☐

- την Επιτροπή Δεοντολογίας

Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος(-η) να τη διακόψω ανά πάσα στιγμή χωρίς να εξηγήσω το λόγο και χωρίς να επηρεαστεί η ιατρική μου περίθαλψη ή τα νόμιμα δικαιώματά μου. Σε οποιαδήποτε στιγμή μπορώ να ζητήσω επιπλέον διευκρινήσεις ή πληροφορίες.

☒ ☐

Ασθενής:

Υπογραφή: 

Ιατρός:

Με το παρόν δηλώνω ότι έχω ενημερώσει τον/την ασθενή σχετικά με την παραπάνω έρευνα.

Ονοματεπώνυμο: Αναγνώστου Κωνσταντίνος Υπογραφή: 



## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Εγώ, ο κάτωθι υπογεγραμμένος [Redacted] (ονοματεπώνυμο) συμφωνώ αβίαστα να συμμετέχω στην παρούσα μελέτη, όπως περιγράφεται στο Έντυπο Πληροφόρησης Ασθενούς.

Ο ιατρός [Redacted] με ενημέρωσε σχετικά με την παρούσα μελέτη.

Καταλαβαίνω τις πληροφορίες που αφορούν τη μελέτη: Μακροχρόνια λειτουργικά και απεικονιστικά αποτελέσματα μετά από χειρουργικά αποκατάσταση σύνθετων συνδεσμικών κακώσεων του γόνατος' και μου δόθηκε ο χρόνος και η ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις.

Ναι Όχι

☒ ☐

Ενημερώθηκα ότι η Επιτροπή Δεοντολογίας εξέτασε και γνωμοδότησε θετικά υπέρ της παρούσας μελέτης.

☒ ☐

Συμφωνώ ο προσωπικός μου γιατρός να ενημερωθεί για τη συμμετοχή μου.

☒ ☐

Καταλαβαίνω ότι όλα τα έγγραφα του ιατρικού μου φακέλου θα παραμείνουν άκρως εμπιστευτικά. Καταλαβαίνω επίσης ότι τα ιατρικά μου αρχεία μπορεί να εξεταστούν από:

☒ ☐

- την Επιτροπή Δεοντολογίας

Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος(-η) να τη διακόψω ανά πάσα στιγμή χωρίς να εξηγήσω το λόγο και χωρίς να επηρεαστεί η ιατρική μου περίθαλψη ή τα νόμιμα δικαιώματά μου. Σε οποιαδήποτε στιγμή μπορώ να ζητήσω επιπλέον διευκρινήσεις ή πληροφορίες.

☒ ☐

Ασθενής:

Υπογραφή: [Redacted]

Ιατρός:

Με το παρόν δηλώνω ότι έχω ενημερώσει τον/την ασθενή σχετικά με την παραπάνω έρευνα.

Ονοματεπώνυμο: Αναγνώστου Κωνσταντίνος Υπογραφή: [Redacted]

## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Εγώ, ο κάτωθι υπογεγραμμένος Αναγνώστου Κωνσταντίνος (ονοματεπώνυμο) συμφωνώ αβίαστα να συμμετέχω στην παρούσα μελέτη, όπως περιγράφεται στο Έντυπο Πληροφόρησης Ασθενούς.

Ο ιατρός Γιαννής Σπύρος με ενημέρωσε σχετικά με την παρούσα μελέτη.

Καταλαβαίνω τις πληροφορίες που αφορούν τη μελέτη: 'Μακροχρόνια λειτουργικά και απεικονιστικά αποτελέσματα μετά από χειρουργικά αποκατάσταση σύνθετων συνδεσμικών κακώσεων του γόνατος' και μου δόθηκε ο χρόνος και η ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις.

Ναι Όχι

☒ ☐

Ενημερώθηκα ότι η Επιτροπή Δεοντολογίας εξέτασε και γνωμοδότησε θετικά υπέρ της παρούσας μελέτης.

☒ ☐

Συμφωνώ ο προσωπικός μου γιατρός να ενημερωθεί για τη συμμετοχή μου.

☒ ☐

Καταλαβαίνω ότι όλα τα έγγραφα του ιατρικού μου φακέλου θα παραμείνουν άκρως εμπιστευτικά. Καταλαβαίνω επίσης ότι τα ιατρικά μου αρχεία μπορεί να εξεταστούν από:

☒ ☐

- την Επιτροπή Δεοντολογίας

Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος(-η) να τη διακόψω ανά πάσα στιγμή χωρίς να εξηγήσω το λόγο και χωρίς να επηρεαστεί η ιατρική μου περίθαλψη ή τα νόμιμα δικαιώματά μου. Σε οποιαδήποτε στιγμή μπορώ να ζητήσω επιπλέον διευκρινήσεις ή πληροφορίες.

☒ ☐

Ασθενής:

Υπογραφή: Αναγνώστου Κωνσταντίνος

Ιατρός:

Με το παρόν δηλώνω ότι έχω ενημερώσει τον/την ασθενή σχετικά με την παραπάνω έρευνα.

Ονοματεπώνυμο: Αναγνώστου Κωνσταντίνος Υπογραφή: Γιαννής Σπύρος

## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Εγώ, ο κάτωθι υπογεγραμμένος [Redacted] (ονοματεπώνυμο) συμφωνώ αβίαστα να συμμετέχω στην παρούσα μελέτη, όπως περιγράφεται στο Έντυπο Πληροφόρησης Ασθενούς.

Ο ιατρός [Redacted] με ενημέρωσε σχετικά με την παρούσα μελέτη.

Καταλαβαίνω τις πληροφορίες που αφορούν τη μελέτη: Μακροχρόνια λειτουργικά και απεικονιστικά αποτελέσματα μετά από χειρουργικά αποκατάσταση σύνθετων συνδεσμικών κακώσεων του γόνατος' και μου δόθηκε ο χρόνος και η ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις.

Ναι Όχι

☒ ☐

Ενημερώθηκα ότι η Επιτροπή Δεοντολογίας εξέτασε και γνωμοδότησε θετικά υπέρ της παρούσας μελέτης.

☒ ☐

Συμφωνώ ο προσωπικός μου γιατρός να ενημερωθεί για τη συμμετοχή μου.

☒ ☐

Καταλαβαίνω ότι όλα τα έγγραφα του ιατρικού μου φακέλου θα παραμείνουν άκρως εμπιστευτικά. Καταλαβαίνω επίσης ότι τα ιατρικά μου αρχεία μπορεί να εξεταστούν από:

☒ ☐

- την Επιτροπή Δεοντολογίας

Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος(-η) να τη διακόψω ανά πάσα στιγμή χωρίς να εξηγήσω το λόγο και χωρίς να επηρεαστεί η ιατρική μου περίθαλψη ή τα νόμιμα δικαιώματά μου. Σε οποιαδήποτε στιγμή μπορώ να ζητήσω επιπλέον διευκρινήσεις ή πληροφορίες.

☒ ☐

Ασθενής:

Υπογραφή: [Redacted]

Ιατρός:

Με το παρόν δηλώνω ότι έχω ενημερώσει τον/την ασθενή σχετικά με την παραπάνω έρευνα.

Ονοματεπώνυμο: Αναγνώστου Κωνσταντίνος Υπογραφή: [Redacted]

## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Εγώ, ο κάτωθι υπογεγραμμένος [redacted] (ονοματεπώνυμο) συμφωνώ αβίαστα να συμμετέχω στην παρούσα μελέτη, όπως περιγράφεται στο Έντυπο Πληροφόρησης Ασθενούς.

Ο ιατρός [redacted] με ενημέρωσε σχετικά με την παρούσα μελέτη.

Καταλαβαίνω τις πληροφορίες που αφορούν τη μελέτη: Μακροχρόνια λειτουργικά και απεικονιστικά αποτελέσματα μετά από χειρουργικά αποκατάσταση σύνθετων συνδεσμικών κακώσεων του γόνατος' και μου δόθηκε ο χρόνος και η ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις.

Ναι Όχι

☒ ☐

Ενημερώθηκα ότι η Επιτροπή Δεοντολογίας εξέτασε και γνωμοδότησε θετικά υπέρ της παρούσας μελέτης.

☒ ☐

Συμφωνώ ο προσωπικός μου γιατρός να ενημερωθεί για τη συμμετοχή μου.

☒ ☐

Καταλαβαίνω ότι όλα τα έγγραφα του ιατρικού μου φακέλου θα παραμείνουν άκρως εμπιστευτικά. Καταλαβαίνω επίσης ότι τα ιατρικά μου αρχεία μπορεί να εξεταστούν από:

☒ ☐

- την Επιτροπή Δεοντολογίας

Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος(-η) να τη διακόψω ανά πάσα στιγμή χωρίς να εξηγήσω το λόγο και χωρίς να επηρεαστεί η ιατρική μου περίθαλψη ή τα νόμιμα δικαιώματά μου. Σε οποιαδήποτε στιγμή μπορώ να ζητήσω επιπλέον διευκρινήσεις ή πληροφορίες.

☒ ☐

Ασθενής:

Υπογραφή: [redacted]

Ιατρός:

Με το παρόν δηλώνω ότι έχω ενημερώσει τον/την ασθενή σχετικά με την παραπάνω έρευνα.

Ονοματεπώνυμο: Αναγνώστου Κωνσταντίνος Υπογραφή: [redacted]

## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Εγώ, ο κάτωθι υπογεγραμμένος [Redacted] (ονοματεπώνυμο) συμφωνώ αβίαστα να συμμετέχω στην παρούσα μελέτη, όπως περιγράφεται στο Έντυπο Πληροφόρησης Ασθενούς.

Ο ιατρός [Redacted] με ενημέρωσε σχετικά με την παρούσα μελέτη.

- |   | Ναι                                 | Όχι                      |
|---|-------------------------------------|--------------------------|
| Καταλαβαίνω τις πληροφορίες που αφορούν τη μελέτη: 'Μακροχρόνια χειρουργικά και απεικονιστικά αποτελέσματα μετά από χειρουργικά αποκατάσταση σύνθετων συνδεσμικών κακώσεων του γόνατος' και μου δόθηκε ο χρόνος και η ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις.                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ενημερώθηκα ότι η Επιτροπή Δεοντολογίας εξέτασε και γνωμοδότησε θετικά υπέρ της παρούσας μελέτης.   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Συμφωνώ ο προσωπικός μου γιατρός να ενημερωθεί για τη συμμετοχή μου.  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Καταλαβαίνω ότι όλα τα έγγραφα του ιατρικού μου φακέλου θα παραμείνουν άκρως εμπιστευτικά. Καταλαβαίνω επίσης ότι τα ιατρικά μου αρχεία μπορεί να εξεταστούν από:   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• την Επιτροπή Δεοντολογίας</li></ul>   |                                     |                          |
| Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος(-η) να τη διακόψω ανά πάσα στιγμή χωρίς να εξηγήσω το λόγο και χωρίς να επηρεαστεί η ιατρική μου περίθαλψη ή τα νόμιμα δικαιώματά μου. Σε οποιαδήποτε στιγμή μπορώ να ζητήσω επιπλέον διευκρινήσεις ή πληροφορίες. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ασθενής:

Υπογραφή: [Redacted]

Ιατρός:

Με το παρόν δηλώνω ότι έχω ενημερώσει τον/την ασθενή σχετικά με την παραπάνω έρευνα.

Ονοματεπώνυμο: Αναγνώστου Κωνσταντίνος Υπογραφή: [Redacted]

## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Εγώ, ο κάτωθι υπογεγραμμένος [redacted] (ονοματεπώνυμο) συμφωνώ αβίαστα να συμμετέχω στην παρούσα μελέτη, όπως περιγράφεται στο Έντυπο Πληροφόρησης Ασθενούς.

Ο ιατρός [redacted] με ενημέρωσε σχετικά με την παρούσα μελέτη.

Καταλαβαίνω τις πληροφορίες που αφορούν τη μελέτη: 'Μακροχρόνια λειτουργικά και απεικονιστικά αποτελέσματα μετά από χειρουργικά αποκατάσταση σύνθετων συνδεσμικών κακώσεων του γόνατος' και μου δόθηκε ο χρόνος και η ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις.

Ναι Όχι

☒ ☐

Ενημερώθηκα ότι η Επιτροπή Δεοντολογίας εξέτασε και γνωμοδότησε θετικά υπέρ της παρούσας μελέτης.

☒ ☐

Συμφωνώ ο προσωπικός μου γιατρός να ενημερωθεί για τη συμμετοχή μου.

☒ ☐

Καταλαβαίνω ότι όλα τα έγγραφα του ιατρικού μου φακέλου θα παραμείνουν άκρως εμπιστευτικά. Καταλαβαίνω επίσης ότι τα ιατρικά μου αρχεία μπορεί να εξεταστούν από:

☒ ☐

- την Επιτροπή Δεοντολογίας

Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος(-η) να τη διακόψω ανά πάσα στιγμή χωρίς να εξηγήσω το λόγο και χωρίς να επηρεαστεί η ιατρική μου περίθαλψη ή τα νόμιμα δικαιώματά μου. Σε οποιαδήποτε στιγμή μπορώ να ζητήσω επιπλέον διευκρινήσεις ή πληροφορίες.

☒ ☐

Ασθενής:

Υπογραφή: [redacted]

Ιατρός:

Με το παρόν δηλώνω ότι έχω ενημερώσει τον/την ασθενή σχετικά με την παραπάνω έρευνα.

Ονοματεπώνυμο: Αναγνώστου Κωνσταντίνος Υπογραφή: [redacted]



## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Εγώ, ο κάτωθι υπογεγραμμένος \_\_\_\_\_ (ονοματεπώνυμο) συμφωνώ αβίαστα να συμμετέχω στην παρούσα μελέτη, όπως περιγράφεται στο Έντυπο Πληροφόρησης Ασθενούς.

Ο ιατρός \_\_\_\_\_ με ενημέρωσε σχετικά με την παρούσα μελέτη.

Καταλαβαίνω τις πληροφορίες που αφορούν τη μελέτη: Μακροχρόνια χειρουργικά και απεικονιστικά αποτελέσματα μετά από χειρουργικά αποκατάσταση σύνθετων συνδεσμικών κακώσεων του γόνατος' και μου δόθηκε ο χρόνος και η ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις.

Ναι Όχι

☒ ☐

Ενημερώθηκα ότι η Επιτροπή Δεοντολογίας εξέτασε και γνωμοδότησε θετικά υπέρ της παρούσας μελέτης.

☒ ☐

Συμφωνώ ο προσωπικός μου γιατρός να ενημερωθεί για τη συμμετοχή μου.

☒ ☐

Καταλαβαίνω ότι όλα τα έγγραφα του ιατρικού μου φακέλου θα παραμείνουν άκρως εμπιστευτικά. Καταλαβαίνω επίσης ότι τα ιατρικά μου αρχεία μπορεί να εξεταστούν από:

☒ ☐

- την Επιτροπή Δεοντολογίας

Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος(-η) να τη διακόψω ανά πάσα στιγμή χωρίς να εξηγήσω το λόγο και χωρίς να επηρεαστεί η ιατρική μου περίθαλψη ή τα νόμιμα δικαιώματά μου. Σε οποιαδήποτε στιγμή μπορώ να ζητήσω επιπλέον διευκρινήσεις ή πληροφορίες.

☒ ☐

Ασθενής:

Υπογραφή: \_\_\_\_\_

Ιατρός:

Με το παρόν δηλώνω ότι έχω ενημερώσει τον/την ασθενή σχετικά με την παραπάνω έρευνα.

Ονοματεπώνυμο: Αναγνώστου Κωνσταντίνος Υπογραφή: \_\_\_\_\_

## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Εγώ, ο κάτωθι υπογεγραμμένος [redacted] (ονοματεπώνυμο) συμφωνώ αβίαστα να συμμετέχω στην παρούσα μελέτη, όπως περιγράφεται στο Έντυπο Πληροφόρησης Ασθενούς.

Ο ιατρός [redacted] με ενημέρωσε σχετικά με την παρούσα μελέτη.

	Ναι	Όχι
Καταλαβαίνω τις πληροφορίες που αφορούν τη μελέτη: 'Μακροχρόνια λειτουργικά και απεικονιστικά αποτελέσματα μετά από χειρουργικά αποκατάσταση σύνθετων συνδεσμικών κακώσεων του γόνατος' και μου δόθηκε ο χρόνος και η ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ενημερώθηκα ότι η Επιτροπή Δεοντολογίας εξέτασε και γνωμοδότησε θετικά υπέρ της παρούσας μελέτης.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	--------------------------

Συμφωνώ ο προσωπικός μου γιατρός να ενημερωθεί για τη συμμετοχή μου.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	-------------------------------------	--------------------------

Καταλαβαίνω ότι όλα τα έγγραφα του ιατρικού μου φακέλου θα παραμείνουν άκρως εμπιστευτικά. Καταλαβαίνω επίσης ότι τα ιατρικά μου αρχεία μπορεί να εξεταστούν από:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	--------------------------

- την Επιτροπή Δεοντολογίας

Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος(-η) να τη διακόψω ανά πάσα στιγμή χωρίς να εξηγήσω το λόγο και χωρίς να επηρεαστεί η ιατρική μου περίθαλψη ή τα νόμιμα δικαιώματά μου. Σε οποιαδήποτε στιγμή μπορώ να ζητήσω επιπλέον διευκρινήσεις ή πληροφορίες.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	--------------------------

Ασθενής:

Υπογραφή: [redacted]

Ιατρός:

Με το παρόν δηλώνω ότι έχω ενημερώσει τον/την ασθενή σχετικά με την παραπάνω έρευνα.

Ονοματεπώνυμο: Αναγνώστου Κωνσταντίνος Υπογραφή: [redacted]

## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Εγώ, ο κάτωθι υπογεγραμμένος [redacted] (ονοματεπώνυμο) συμφωνώ αβίαστα να συμμετέχω στην παρούσα μελέτη, όπως περιγράφεται στο Έντυπο Πληροφόρησης Ασθενούς.

Ο ιατρός [redacted] με ενημέρωσε σχετικά με την παρούσα μελέτη.

Καταλαβαίνω τις πληροφορίες που αφορούν τη μελέτη: 'Μακροχρόνια λειτουργικά και απεικονιστικά αποτελέσματα μετά από χειρουργικά αποκατάσταση σύνθετων συνδεσμικών κακώσεων του γόνατος' και μου δόθηκε ο χρόνος και η ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις.

Ναι Όχι

☒ ☐

Ενημερώθηκα ότι η Επιτροπή Δεοντολογίας εξέτασε και γνωμοδότησε θετικά υπέρ της παρούσας μελέτης.

☒ ☐

Συμφωνώ ο προσωπικός μου γιατρός να ενημερωθεί για τη συμμετοχή μου.

☒ ☐

Καταλαβαίνω ότι όλα τα έγγραφα του ιατρικού μου φακέλου θα παραμείνουν άκρως εμπιστευτικά. Καταλαβαίνω επίσης ότι τα ιατρικά μου αρχεία μπορεί να εξεταστούν από:

☒ ☐

- την Επιτροπή Δεοντολογίας

Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος(-η) να τη διακόψω ανά πάσα στιγμή χωρίς να εξηγήσω το λόγο και χωρίς να επηρεαστεί η ιατρική μου περίθαλψη ή τα νόμιμα δικαιώματά μου. Σε οποιαδήποτε στιγμή μπορώ να ζητήσω επιπλέον διευκρινήσεις ή πληροφορίες.

☒ ☐

Ασθενής:

Υπογραφή: [redacted]

Ιατρός:

Με το παρόν δηλώνω ότι έχω ενημερώσει τον/την ασθενή σχετικά με την παραπάνω έρευνα.

Ονοματεπώνυμο: Αναγνώστου Κωνσταντίνος Υπογραφή: [redacted]

## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Εγώ, ο κάτωθι υπογεγραμμένος (ονοματεπώνυμο) [redacted] συμφωνώ αβίαστα να συμμετέχω στην παρούσα μελέτη, όπως περιγράφεται στο Έντυπο Πληροφόρησης Ασθενούς.

Ο ιατρός [redacted] με ενημέρωσε σχετικά με την παρούσα μελέτη.

Ναι Όχι

Καταλαβαίνω τις πληροφορίες που αφορούν τη μελέτη: Μακροχρόνια λειτουργικά και απεικονιστικά αποτελέσματα μετά από χειρουργικά αποκατάσταση σύνθετων συνδεσμικών κακώσεων του γόνατος' και μου δόθηκε ο χρόνος και η ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις.

☒ ☐

Ενημερώθηκα ότι η Επιτροπή Δεοντολογίας εξέτασε και γνωμοδότησε θετικά υπέρ της παρούσας μελέτης.

☒ ☐

Συμφωνώ ο προσωπικός μου γιατρός να ενημερωθεί για τη συμμετοχή μου.

☒ ☐

Καταλαβαίνω ότι όλα τα έγγραφα του ιατρικού μου φακέλου θα παραμείνουν άκρως εμπιστευτικά. Καταλαβαίνω επίσης ότι τα ιατρικά μου αρχεία μπορεί να εξεταστούν από:

☒ ☐

- την Επιτροπή Δεοντολογίας

Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος(-η) να τη διακόψω ανά πάσα στιγμή χωρίς να εξηγήσω το λόγο και χωρίς να επηρεαστεί η ιατρική μου περίθαλψη ή τα νόμιμα δικαιώματά μου. Σε οποιαδήποτε στιγμή μπορώ να ζητήσω επιπλέον διευκρινήσεις ή πληροφορίες.

☒ ☐

Ασθενής:

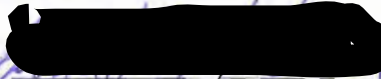
Υπογραφή: [redacted]

Ιατρός:

Με το παρόν δηλώνω ότι έχω ενημερώσει τον/την ασθενή σχετικά με την παραπάνω έρευνα.

Ονοματεπώνυμο: Αναγνώστου Κωνσταντίνος Υπογραφή: [redacted]

## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Εγώ, ο κάτωθι υπογεγραμμένος  (ονοματεπώνυμο) συμφωνώ αβίαστα να συμμετέχω στην παρούσα μελέτη, όπως περιγράφεται στο Έντυπο Πληροφόρησης Ασθενούς.

Ο ιατρός \_\_\_\_\_ με ενημέρωσε σχετικά με την παρούσα μελέτη.

Καταλαβαίνω τις πληροφορίες που αφορούν τη μελέτη: 'Μακροχρόνια λειτουργικά και απεικονιστικά αποτελέσματα μετά από χειρουργικά αποκατάσταση σύνθετων συνδεσμικών κακώσεων του γόνατος' και μου δόθηκε ο χρόνος και η ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις.

Ναι Όχι

☒ ☐

Ενημερώθηκα ότι η Επιτροπή Δεοντολογίας εξέτασε και γνωμοδότησε θετικά υπέρ της παρούσας μελέτης.

☒ ☐

Συμφωνώ ο προσωπικός μου γιατρός να ενημερωθεί για τη συμμετοχή μου.

☒ ☐

Καταλαβαίνω ότι όλα τα έγγραφα του ιατρικού μου φακέλου θα παραμείνουν άκρως εμπιστευτικά. Καταλαβαίνω επίσης ότι τα ιατρικά μου αρχεία μπορεί να εξεταστούν από:

☒ ☐

- την Επιτροπή Δεοντολογίας

Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος(-η) να τη διακόψω ανά πάσα στιγμή χωρίς να εξηγήσω το λόγο και χωρίς να επηρεαστεί η ιατρική μου περίθαλψη ή τα νόμιμα δικαιώματά μου. Σε οποιαδήποτε στιγμή μπορώ να ζητήσω επιπλέον διευκρινήσεις ή πληροφορίες.

☒ ☐

Ασθενής:

Υπογραφή:

Ιατρός:

Με το παρόν δηλώνω ότι έχω ενημερώσει τον/την ασθενή σχετικά με την παραπάνω έρευνα.

Ονοματεπώνυμο: Αναγνώστου Κωνσταντίνος Υπογραφή: 

## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Εγώ, ο κάτωθι υπογεγραμμένος (ονοματεπώνυμο) [redacted] συμφωνώ αβίαστα να συμμετέχω στην παρούσα μελέτη, όπως περιγράφεται στο Έντυπο Πληροφόρησης Ασθενούς.

Ο ιατρός [redacted] με ενημέρωσε σχετικά με την παρούσα μελέτη.

Καταλαβαίνω τις πληροφορίες που αφορούν τη μελέτη: 'Μακροχρόνια λειτουργικά και απεικονιστικά αποτελέσματα μετά από χειρουργικά αποκατάσταση σύνθετων συνδεσμικών κακώσεων του γόνατος' και μου δόθηκε ο χρόνος και η ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις. Ναι ☒ Όχι ☐

Ενημερώθηκα ότι η Επιτροπή Δεοντολογίας εξέτασε και γνωμοδότησε θετικά υπέρ της παρούσας μελέτης. ☒ ☐

Συμφωνώ ο προσωπικός μου γιατρός να ενημερωθεί για τη συμμετοχή μου. ☒ ☐

Καταλαβαίνω ότι όλα τα έγγραφα του ιατρικού μου φακέλου θα παραμείνουν άκρως εμπιστευτικά. Καταλαβαίνω επίσης ότι τα ιατρικά μου αρχεία μπορεί να εξεταστούν από: ☒ ☐

- την Επιτροπή Δεοντολογίας

Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος(-η) να τη διακόψω ανά πάσα στιγμή χωρίς να εξηγήσω το λόγο και χωρίς να επηρεαστεί η ιατρική μου περίθαλψη ή τα νόμιμα δικαιώματά μου. Σε οποιαδήποτε στιγμή μπορώ να ζητήσω επιπλέον διευκρινήσεις ή πληροφορίες. ☒ ☐

Ασθενής: [redacted]

Υπογραφή: [redacted]

Ιατρός:

Με το παρόν δηλώνω ότι έχω ενημερώσει τον/την ασθενή σχετικά με την παραπάνω έρευνα.

Ονοματεπώνυμο: Αναγνώστου Κωνσταντίνος Υπογραφή: [redacted]



## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Εγώ, ο κάτωθι υπογεγραμμένος (ονοματεπώνυμο)  συμφωνώ αβίαστα να συμμετέχω στην παρούσα μελέτη, όπως περιγράφεται στο Έντυπο Πληροφόρησης Ασθενούς.

Ο ιατρός \_\_\_\_\_ με ενημέρωσε σχετικά με την παρούσα μελέτη.

Καταλαβαίνω τις πληροφορίες που αφορούν τη μελέτη: Μακροχρόνια λειτουργικά και απεικονιστικά αποτελέσματα μετά από χειρουργικά αποκατάσταση σύνθετων συνδεσμικών κακώσεων του γόνατος' και μου δόθηκε ο χρόνος και η ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις.

Ναι Όχι

☒ ☐

Ενημερώθηκα ότι η Επιτροπή Δεοντολογίας εξέτασε και γνωμοδότησε θετικά υπέρ της παρούσας μελέτης.

☒ ☐

Συμφωνώ ο προσωπικός μου γιατρός να ενημερωθεί για τη συμμετοχή μου.

☒ ☐

Καταλαβαίνω ότι όλα τα έγγραφα του ιατρικού μου φακέλου θα παραμείνουν άκρως εμπιστευτικά. Καταλαβαίνω επίσης ότι τα ιατρικά μου αρχεία μπορεί να εξεταστούν από:

☒ ☐

- την Επιτροπή Δεοντολογίας

Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος(-η) να τη διακόψω ανά πάσα στιγμή χωρίς να εξηγήσω το λόγο και χωρίς να επηρεαστεί η ιατρική μου περίθαλψη ή τα νόμιμα δικαιώματά μου. Σε οποιαδήποτε στιγμή μπορώ να ζητήσω επιπλέον διευκρινήσεις ή πληροφορίες.

☒ ☐

Ασθενής:

Υπογραφή: \_\_\_\_\_

Ιατρός:

Με το παρόν δηλώνω ότι έχω ενημερώσει τον/την ασθενή σχετικά με την παραπάνω έρευνα.

Ονοματεπώνυμο: Αναγνώστου Κωνσταντίνος

Υπογραφή: \_\_\_\_\_

[REDACTED]

στην παρούσα μελέτη, όπως περιγράφεται στο

Ο ιατρός \_\_\_\_\_ με ενημέρωσε σχετικά με την παρούσα μελέτη.

☒ ☐☒ ☐☒ ☐☒ ☐

- ☒
- ☐

[REDACTED]

[REDACTED]

Όνοματεπώνυμο: **Αναγνώστου Κωνσταντίνος** Υπογραφή: .....

Υπογραφή: .....

## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Εγώ, ο κάτωθι υπογεγραμμένος (ονοματεπώνυμο) [redacted] συμφωνώ αβίαστα να συμμετέχω στην παρούσα μελέτη, όπως περιγράφεται στο Έντυπο Πληροφόρησης Ασθενούς.

Ο ιατρός [redacted] με ενημέρωσε σχετικά με την παρούσα μελέτη.

Καταλαβαίνω τις πληροφορίες που αφορούν τη μελέτη: Μακροχρόνια λειτουργικά και απεικονιστικά αποτελέσματα μετά από χειρουργικά αποκατάσταση σύνθετων συνδεσμικών κακώσεων του γόνατος' και μου δόθηκε ο χρόνος και η ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις.

Ναι Όχι

☒ ☐

Ενημερώθηκα ότι η Επιτροπή Δεοντολογίας εξέτασε και γνωμοδότησε θετικά υπέρ της παρούσας μελέτης.

☒ ☐

Συμφωνώ ο προσωπικός μου γιατρός να ενημερωθεί για τη συμμετοχή μου.

☒ ☐

Καταλαβαίνω ότι όλα τα έγγραφα του ιατρικού μου φακέλου θα παραμείνουν άκρως εμπιστευτικά. Καταλαβαίνω επίσης ότι τα ιατρικά μου αρχεία μπορεί να εξεταστούν από:

☒ ☐

- την Επιτροπή Δεοντολογίας

Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος(-η) να τη διακόψω ανά πάσα στιγμή χωρίς να εξηγήσω το λόγο και χωρίς να επηρεαστεί η ιατρική μου περίθαλψη ή τα νόμιμα δικαιώματά μου. Σε οποιαδήποτε στιγμή μπορώ να ζητήσω επιπλέον διευκρινήσεις ή πληροφορίες.

☒ ☐

Ασθενής:

Υπογραφή: [redacted]

Ιατρός:

Με το παρόν δηλώνω ότι έχω ενημερώσει τον/την ασθενή σχετικά με την παραπάνω έρευνα.

Ονοματεπώνυμο: Αναγνώστου Κωνσταντίνος Υπογραφή: [redacted]

## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Εγώ, ο κάτωθι υπογεγραμμένος [redacted] (ονοματεπώνυμο) συμφωνώ αβίαστα να συμμετέχω στην παρούσα μελέτη, όπως περιγράφεται στο Έντυπο Πληροφόρησης Ασθενούς.

Ο ιατρός [redacted] με ενημέρωσε σχετικά με την παρούσα μελέτη.

Ναι Όχι

Καταλαβαίνω τις πληροφορίες που αφορούν τη μελέτη: 'Μακροχρόνια λειτουργικά και απεικονιστικά αποτελέσματα μετά από χειρουργικά αποκατάσταση σύνθετων συνδεσμικών κακώσεων του γόνατος' και μου δόθηκε ο χρόνος και η ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις.

☒ ☐

Ενημερώθηκα ότι η Επιτροπή Δεοντολογίας εξέτασε και γνωμοδότησε θετικά υπέρ της παρούσας μελέτης.

☒ ☐

Συμφωνώ ο προσωπικός μου γιατρός να ενημερωθεί για τη συμμετοχή μου.

☒ ☐

Καταλαβαίνω ότι όλα τα έγγραφα του ιατρικού μου φακέλου θα παραμείνουν άκρως εμπιστευτικά. Καταλαβαίνω επίσης ότι τα ιατρικά μου αρχεία μπορεί να εξεταστούν από:

☒ ☐

- την Επιτροπή Δεοντολογίας

Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος(-η) να τη διακόψω ανά πάσα στιγμή χωρίς να εξηγήσω το λόγο και χωρίς να επηρεαστεί η ιατρική μου περίθαλψη ή τα νόμιμα δικαιώματά μου. Σε οποιαδήποτε στιγμή μπορώ να ζητήσω επιπλέον διευκρινήσεις ή πληροφορίες.

☒ ☐

Ασθενής:

Υπογραφή: [redacted]

Ιατρός:

Με το παρόν δηλώνω ότι έχω ενημερώσει τον/την ασθενή σχετικά με την παραπάνω έρευνα.

Ονοματεπώνυμο: Αναγνώστου Κωνσταντίνος

Υπογραφή: [redacted]

## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Εγώ, ο κάτωθι υπογεγραμμένος [redacted] (ονοματεπώνυμο) συμφωνώ αβίαστα να συμμετέχω στην παρούσα μελέτη, όπως περιγράφεται στο Έντυπο Πληροφόρησης Ασθενούς.

Ο ιατρός [redacted] με ενημέρωσε σχετικά με την παρούσα μελέτη.

Καταλαβαίνω τις πληροφορίες που αφορούν τη μελέτη: Μακροχρόνια λειτουργικά και απεικονιστικά αποτελέσματα μετά από χειρουργικά αποκατάσταση σύνθετων συνδεσμικών κακώσεων του γόνατος' και μου δόθηκε ο χρόνος και η ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις.

Ναι Όχι

☒ ☐

Ενημερώθηκα ότι η Επιτροπή Δεοντολογίας εξέτασε και γνωμοδότησε θετικά υπέρ της παρούσας μελέτης.

☒ ☐

Συμφωνώ ο προσωπικός μου γιατρός να ενημερωθεί για τη συμμετοχή μου.

☒ ☐

Καταλαβαίνω ότι όλα τα έγγραφα του ιατρικού μου φακέλου θα παραμείνουν άκρως εμπιστευτικά. Καταλαβαίνω επίσης ότι τα ιατρικά μου αρχεία μπορεί να εξεταστούν από:

☒ ☐

- την Επιτροπή Δεοντολογίας

Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος(-η) να τη διακόψω ανά πάσα στιγμή χωρίς να εξηγήσω το λόγο και χωρίς να επηρεαστεί η ιατρική μου περίθαλψη ή τα νόμιμα δικαιώματά μου. Σε οποιαδήποτε στιγμή μπορώ να ζητήσω επιπλέον διευκρινήσεις ή πληροφορίες.

☒ ☐

Ασθενής:

Υπογραφή: [redacted]

Ιατρός:

Με το παρόν δηλώνω ότι έχω ενημερώσει τον/την ασθενή σχετικά με την παραπάνω έρευνα.

Ονοματεπώνυμο: Αναγνώστου Κωνσταντίνος Υπογραφή: [redacted]

## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Εγώ, ο κάτωθι υπογεγραμμένος, [redacted] (ονοματεπώνυμο) συμφωνώ αβίαστα να συμμετέχω στην παρούσα μελέτη, όπως περιγράφεται στο Έντυπο Πληροφόρησης Ασθενούς.

Ο ιατρός [redacted] με ενημέρωσε σχετικά με την παρούσα μελέτη.

Καταλαβαίνω τις πληροφορίες που αφορούν τη μελέτη: Μακροχρόνια λειτουργικά και απεικονιστικά αποτελέσματα μετά από χειρουργικά αποκατάσταση σύνθετων συνδεσμικών κακώσεων του γόνατος' και μου δόθηκε ο χρόνος και η ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις.

Ναι Όχι

☒ ☐

Ενημερώθηκα ότι η Επιτροπή Δεοντολογίας εξέτασε και γνωμοδότησε θετικά υπέρ της παρούσας μελέτης.

☒ ☐

Συμφωνώ ο προσωπικός μου γιατρός να ενημερωθεί για τη συμμετοχή μου.

☒ ☐

Καταλαβαίνω ότι όλα τα έγγραφα του ιατρικού μου φακέλου θα παραμείνουν άκρως εμπιστευτικά. Καταλαβαίνω επίσης ότι τα ιατρικά μου αρχεία μπορεί να εξεταστούν από:

☒ ☐

- την Επιτροπή Δεοντολογίας

Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος(-η) να τη διακόψω ανά πάσα στιγμή χωρίς να εξηγήσω το λόγο και χωρίς να επηρεαστεί η ιατρική μου περίθαλψη ή τα νόμιμα δικαιώματά μου. Σε οποιαδήποτε στιγμή μπορώ να ζητήσω επιπλέον διευκρινήσεις ή πληροφορίες.

☒ ☐

Ασθενής:

Υπογραφή: [redacted]

Ιατρός:

Με το παρόν δηλώνω ότι έχω ενημερώσει τον/την ασθενή σχετικά με την παραπάνω έρευνα.

Ονοματεπώνυμο: Αναγνώστου Κωνσταντίνος Υπογραφή: [redacted]



## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Εγώ, ο κάτωθι υπογεγραμμένος Παυλίδης Γεώργιος (ονοματεπώνυμο) συμφωνώ αβίαστα να συμμετέχω στην παρούσα μελέτη, όπως περιγράφεται στο Έντυπο Πληροφόρησης Ασθενούς.

Ο ιατρός Παυλίδης Γεώργιος με ενημέρωσε σχετικά με την παρούσα μελέτη.

	Ναι	Όχι
Καταλαβαίνω τις πληροφορίες που αφορούν τη μελέτη: 'Μακροχρόνια λειτουργικά και απεικονιστικά αποτελέσματα μετά από χειρουργικά αποκατάσταση σύνθετων συνδεσμικών κακώσεων του γόνατος' και μου δόθηκε ο χρόνος και η ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ενημερώθηκα ότι η Επιτροπή Δεοντολογίας εξέτασε και γνωμοδότησε θετικά υπέρ της παρούσας μελέτης.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	--------------------------

Συμφωνώ ο προσωπικός μου γιατρός να ενημερωθεί για τη συμμετοχή μου.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	-------------------------------------	--------------------------

Καταλαβαίνω ότι όλα τα έγγραφα του ιατρικού μου φακέλου θα παραμείνουν άκρως εμπιστευτικά. Καταλαβαίνω επίσης ότι τα ιατρικά μου αρχεία μπορεί να εξεταστούν από:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	--------------------------

- την Επιτροπή Δεοντολογίας

Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος(-η) να τη διακόψω ανά πάσα στιγμή χωρίς να εξηγήσω το λόγο και χωρίς να επηρεαστεί η ιατρική μου περίθαλψη ή τα νόμιμα δικαιώματά μου. Σε οποιαδήποτε στιγμή μπορώ να ζητήσω επιπλέον διευκρινήσεις ή πληροφορίες.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	--------------------------

Ασθενής:

Υπογραφή: Παυλίδης Γεώργιος

Ιατρός:

Με το παρόν δηλώνω ότι έχω ενημερώσει τον/την ασθενή σχετικά με την παραπάνω έρευνα.

Ονοματεπώνυμο: Αναγνώστου Κωνσταντίνος Υπογραφή: Αναγνώστου Κωνσταντίνος

## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Εγώ, ο κάτωθι υπογεγραμμένος [redacted] (ονοματεπώνυμο) συμφωνώ αβίαστα να συμμετέχω στην παρούσα μελέτη, όπως περιγράφεται στο Έντυπο Πληροφόρησης Ασθενούς.

Ο ιατρός [redacted] με ενημέρωσε σχετικά με την παρούσα μελέτη.

Καταλαβαίνω τις πληροφορίες που αφορούν τη μελέτη: 'Μακροχρόνια λειτουργικά και απεικονιστικά αποτελέσματα μετά από χειρουργικά αποκατάσταση σύνθετων συνδεσμικών κακώσεων του γόνατος' και μου δόθηκε ο χρόνος και η ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις.

Ναι Όχι

☒ ☐

Ενημερώθηκα ότι η Επιτροπή Δεοντολογίας εξέτασε και γνωμοδότησε θετικά υπέρ της παρούσας μελέτης.

☒ ☐

Συμφωνώ ο προσωπικός μου γιατρός να ενημερωθεί για τη συμμετοχή μου.

☒ ☐

Καταλαβαίνω ότι όλα τα έγγραφα του ιατρικού μου φακέλου θα παραμείνουν άκρως εμπιστευτικά. Καταλαβαίνω επίσης ότι τα ιατρικά μου αρχεία μπορεί να εξεταστούν από:

☒ ☐

- την Επιτροπή Δεοντολογίας

Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος(-η) να τη διακόψω ανά πάσα στιγμή χωρίς να εξηγήσω το λόγο και χωρίς να επηρεαστεί η ιατρική μου περίθαλψη ή τα νόμιμα δικαιώματά μου. Σε οποιαδήποτε στιγμή μπορώ να ζητήσω επιπλέον διευκρινήσεις ή πληροφορίες.

☒ ☐

Ασθενής:

Υπογραφή: [redacted]

Ιατρός:

Με το παρόν δηλώνω ότι έχω ενημερώσει τον/την ασθενή σχετικά με την παραπάνω έρευνα.

Ονοματεπώνυμο: Αναγνώστου Κωνσταντίνος

Υπογραφή: [redacted]

## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Εγώ, ο κάτωθι υπογεγραμμένος [Redacted] (ονοματεπώνυμο) συμφωνώ αβίαστα να συμμετέχω στην παρούσα μελέτη, όπως περιγράφεται στο Έντυπο Πληροφόρησης Ασθενούς.

Ο ιατρός [Redacted] με ενημέρωσε σχετικά με την παρούσα μελέτη.

Καταλαβαίνω τις πληροφορίες που αφορούν τη μελέτη: Μακροχρόνια λειτουργικά και απεικονιστικά αποτελέσματα μετά από χειρουργικά αποκατάσταση σύνθετων συνδεσμικών κακώσεων του γόνατος' και μου δόθηκε ο χρόνος και η ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις.

Ναι Όχι

☒ ☐

Ενημερώθηκα ότι η Επιτροπή Δεοντολογίας εξέτασε και γνωμοδότησε θετικά υπέρ της παρούσας μελέτης.

☒ ☐

Συμφωνώ ο προσωπικός μου γιατρός να ενημερωθεί για τη συμμετοχή μου.

☒ ☐

Καταλαβαίνω ότι όλα τα έγγραφα του ιατρικού μου φακέλου θα παραμείνουν άκρως εμπιστευτικά. Καταλαβαίνω επίσης ότι τα ιατρικά μου αρχεία μπορεί να εξεταστούν από:

☒ ☐

- την Επιτροπή Δεοντολογίας

Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος(-η) να τη διακόψω ανά πάσα στιγμή χωρίς να εξηγήσω το λόγο και χωρίς να επηρεαστεί η ιατρική μου περίθαλψη ή τα νόμιμα δικαιώματά μου. Σε οποιαδήποτε στιγμή μπορώ να ζητήσω επιπλέον διευκρινήσεις ή πληροφορίες.

☒ ☐

Ασθενής: [Redacted]

Υπογραφή: .....

Ιατρός:

Με το παρόν δηλώνω ότι έχω ενημερώσει τον/την ασθενή σχετικά με την παραπάνω έρευνα.

Ονοματεπώνυμο: Αναγνώστου Κωνσταντίνος Υπογραφή: [Redacted]

## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Εγώ, ο κάτωθι υπογεγραμμένος [redacted] (ονοματεπώνυμο) συμφωνώ αβίαστα να συμμετέχω στην παρούσα μελέτη, όπως περιγράφεται στο Έντυπο Πληροφόρησης Ασθενούς.

Ο ιατρός [redacted] με ενημέρωσε σχετικά με την παρούσα μελέτη.

Καταλαβαίνω τις πληροφορίες που αφορούν τη μελέτη: 'Μακροχρόνια λειτουργικά και απεικονιστικά αποτελέσματα μετά από χειρουργικά αποκατάσταση σύνθετων συνδεσμικών κακώσεων του γόνατος' και μου δόθηκε ο χρόνος και η ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις.

Ναι Όχι

☒ ☐

Ενημερώθηκα ότι η Επιτροπή Δεοντολογίας εξέτασε και γνωμοδότησε θετικά υπέρ της παρούσας μελέτης.

☒ ☐

Συμφωνώ ο προσωπικός μου γιατρός να ενημερωθεί για τη συμμετοχή μου.

☒ ☐

Καταλαβαίνω ότι όλα τα έγγραφα του ιατρικού μου φακέλου θα παραμείνουν άκρως εμπιστευτικά. Καταλαβαίνω επίσης ότι τα ιατρικά μου αρχεία μπορεί να εξεταστούν από:

☒ ☐

- την Επιτροπή Δεοντολογίας

Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος(-η) να τη διακόψω ανά πάσα στιγμή χωρίς να εξηγήσω το λόγο και χωρίς να επηρεαστεί η ιατρική μου περίθαλψη ή τα νόμιμα δικαιώματά μου. Σε οποιαδήποτε στιγμή μπορώ να ζητήσω επιπλέον διευκρινήσεις ή πληροφορίες.

☒ ☐

Ασθενής:

Υπογραφή: [redacted]

Ιατρός:

Με το παρόν δηλώνω ότι έχω ενημερώσει τον/την ασθενή σχετικά με την παραπάνω έρευνα.

Ονοματεπώνυμο: Αναγνώστου Κωνσταντίνος Υπογραφή: [redacted]

## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Εγώ, ο κάτωθι υπογεγραμμένος [redacted] (ονοματεπώνυμο) συμφωνώ αβίαστα να συμμετέχω στην παρούσα μελέτη, όπως περιγράφεται στο Έντυπο Πληροφόρησης Ασθενούς.

Ο ιατρός [redacted] με ενημέρωσε σχετικά με την παρούσα μελέτη.

Καταλαβαίνω τις πληροφορίες που αφορούν τη μελέτη: 'Μακροχρόνια λειτουργικά και απεικονιστικά αποτελέσματα μετά από χειρουργικά αποκατάσταση σύνθετων συνδεσμικών κακώσεων του γόνατος' και μου δόθηκε ο χρόνος και η ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις.

Ναι Όχι

☒ ☐

Ενημερώθηκα ότι η Επιτροπή Δεοντολογίας εξέτασε και γνωμοδότησε θετικά υπέρ της παρούσας μελέτης.

☒ ☐

Συμφωνώ ο προσωπικός μου γιατρός να ενημερωθεί για τη συμμετοχή μου.

☒ ☐

Καταλαβαίνω ότι όλα τα έγγραφα του ιατρικού μου φακέλου θα παραμείνουν άκρως εμπιστευτικά. Καταλαβαίνω επίσης ότι τα ιατρικά μου αρχεία μπορεί να εξεταστούν από:

☒ ☐

- την Επιτροπή Δεοντολογίας

Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος(-η) να τη διακόψω ανά πάσα στιγμή χωρίς να εξηγήσω το λόγο και χωρίς να επηρεαστεί η ιατρική μου περίθαλψη ή τα νόμιμα δικαιώματά μου. Σε οποιαδήποτε στιγμή μπορώ να ζητήσω επιπλέον διευκρινήσεις ή πληροφορίες.

☒ ☐

Ασθενής:

Υπογραφή: [redacted]

Ιατρός:

Με το παρόν δηλώνω ότι έχω ενημερώσει τον/την ασθενή σχετικά με την παραπάνω έρευνα.

Ονοματεπώνυμο: Αναγνώστου Κωνσταντίνος Υπογραφή: [redacted]