

Έντυπο συγκατάθεσης ασθενούς για άρθρα που περιέχουν

Στοιχεία ασθενούς ή/και εικόνες

Αυτή η φόρμα παρέχει συναίνεση στο World Journal of Clinical Oncology να δημοσιεύει λεπτομέρειες ή/και εικόνες από ασθενείς. Πρέπει να συμπληρωθεί πριν από τη δημοσίευση.

Στοιχεία ασθενούς/εκπροσώπου

Όνομα ασθενή:

Αλεξίου Αναστασία

Δήλωση ασθενούς ή εκπροσώπου του

Εγώ, ο ασθενής που αναφέρεται παραπάνω ή ο εκπρόσωπος του ασθενούς, έχω διαβάσει το παραπάνω άρθρο πλήρως (συμπεριλαμβανομένου κειμένου, σχημάτων και συμπληρωματικού υλικού) και συμφωνώ με τη δημοσίευσή του. Γνωρίζω πλήρως τις συνέπειες της δημοσίευσης και αποδέχομαι κάθε σχετικό κίνδυνο. Συγκεκριμένα, κατανοώ ότι, παρά την ανωνυμία, είναι πιθανό να αναγνωριστώ με βάση τις λεπτομέρειες ή τις εικόνες που περιέχονται στο άρθρο. Ενώ οι συγγραφείς και ο εκδότης θα καταβάλουν προσπάθειες για να ελαχιστοποιήσουν αυτόν τον κίνδυνο, η εμπιστευτικότητα δεν μπορεί να είναι εγγυημένη.

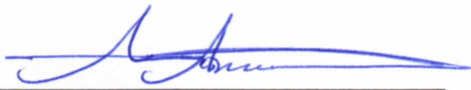
Κατανοώ ότι η εργασία θα δημοσιευτεί διαδικτυακά σε μορφή ανοιχτής πρόσβασης (χρησιμοποιώντας μια άδεια δημιουργικού κοινού CC BY 4.0, <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), που σημαίνει ότι μπορεί να ληφθεί, να αντιγραφεί και να επαναχρησιμοποιηθεί χωρίς περιορισμό. Αυτό περιλαμβάνει τυχόν σχήματα, πίνακες και συμπληρωματικά δεδομένα. Το κύριο κοινό για τη δημοσιευμένη εργασία θα είναι επαγγελματίες υγείας, ερευνητές ακαδημαϊκοί και φοιτητές από όλο τον κόσμο.

Η τελική δημοσιευμένη έκδοση μπορεί να διαφέρει από αυτή που υποβλήθηκε στο περιοδικό λόγω μικρών αναθεωρήσεων, αλλαγών στο στυλ και αναδιαμόρφωσης. Η δημοσίευση στο περιοδικό που αναφέρεται παραπάνω δεν είναι εγγυημένη και θα πραγματοποιείται κατά την κρίση του εκδότη και με την άδεια του Αρχισυντάκτη (ή ενός ειδικευμένου μέλους της Συντακτικής Επιτροπής) μετά από διαδικασία αξιολόγησης από ομοτίμους.

Η υπογραφή αυτής της φόρμας δεν καταργεί κανένα από τα εκ του νόμου δικαιώματά μου/του ασθενούς στο απόρρητο. Κατανοώ ότι μπορώ να ανακαλέσω τη συγκατάθεσή μου σε οποιοδήποτε σημείο πριν από τη δημοσίευση, αλλά μετά τη δημοσίευση η συγκατάθεσή μου δεν μπορεί πλέον να ανακληθεί.

Κατανοώ ότι εγώ/ο ασθενής δεν θα λάβω κανένα οικονομικό όφελος ή αποζημίωση από τη δημοσίευση του άρθρου.

Υπογραφές ασθενούς ή/και αντιπροσώπου:



---

Τόπος ημερομηνία:

Θεσ/νικη 10/4/2022