

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Όνομασία Πρωτοκόλλου: Μελέτη σειράς
Τίτλος Πρωτοκόλλου: «Διατροφική αξιολόγηση ασθενών με νόσο Crohn σε ύφεση και αξιολόγηση ποιότητας ζωής.»

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

Κωδικός Ασθενούς
στη μελέτη:

(Συμπληρώνεται από τον ασθενή)

ΔΗΛΩΝΩ ΟΤΙ:

Μου δόθηκε η δυνατότητα να υποβάλλω ερωτήσεις και να συζητήσω τα θέματα που αφορούν τη μελέτη ΝΑΙ / ΟΧΙ

Μου δόθηκαν ικανοποιητικές απαντήσεις και πληροφορίες σε όλες μου τις ερωτήσεις ΝΑΙ / ΟΧΙ

Γνωρίζω ότι διατηρώ το δικαίωμα να αποσύρω την συγκατάθεσή μου για την συμμετοχή μου στη μελέτη ανά πάσα στιγμή και χωρίς υποχρέωση να εξηγήσω τους λόγους ΝΑΙ / ΟΧΙ

Είχατε αρκετό χρόνο να πάρετε την απόφασή σας; ΝΑΙ / ΟΧΙ

Δέχεστε να λάβετε μέρος σε αυτή τη μελέτη; ΝΑΙ / ΟΧΙ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ) :

Δ/ΝΣΗ:

ΥΠΟΓΡΑΦΗ:

ΤΗΛ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΡΕΥΝΗΤΗ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ) :

Δ/ΝΣΗ:

ΥΠΟΓΡΑΦΗ:

ΤΗΛ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: