



Η απόφασή σας να εγκρίνεται την καταγραφή των περιεγχειρητικών δεδομένων σας είναι καθαρά εθελοντική και δεν θα επηρεάσει σε κανένα βαθμό την παρεχόμενη ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα. Μπορείτε να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας και να διακόψετε τη συμμετοχή σας στη μελέτη οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμείτε.

Ο/Η..... του

.....δηλώνω ότι αφού έλαβα γνώση των παραπάνω, δέχομαι να συμμετάσχω ως ασθενής στην τρέχουσα ηλεκτρονική βάση δεδομένων.

Διατηρώ το δικαίωμά μου να αποσύρω τη συγκατάθεσή μου και να διακόψω τη συμμετοχή μου ανά πάσα στιγμή.

Ο/Η ασθενής

Ο ιατρός

.....

.....