



University Campus, Rion, GR-265 04, Patras, Greece

George P. Patrinos

Professor of Pharmacogenomics

Telephone/Fax: +30-2610-962339, Email: gpatrinos@upatras.gr

Πανεπιστημιούπολη, Ρίο, 265 04, Πάτρα

Γεώργιος Π. Πατρινός

Καθηγητής Φαρμακογονιδιωματικής

Τηλέφωνο/Fax: 2610-962339, Email: gpatrinos@upatras.gr

INFORMED PATIENT CONSENT

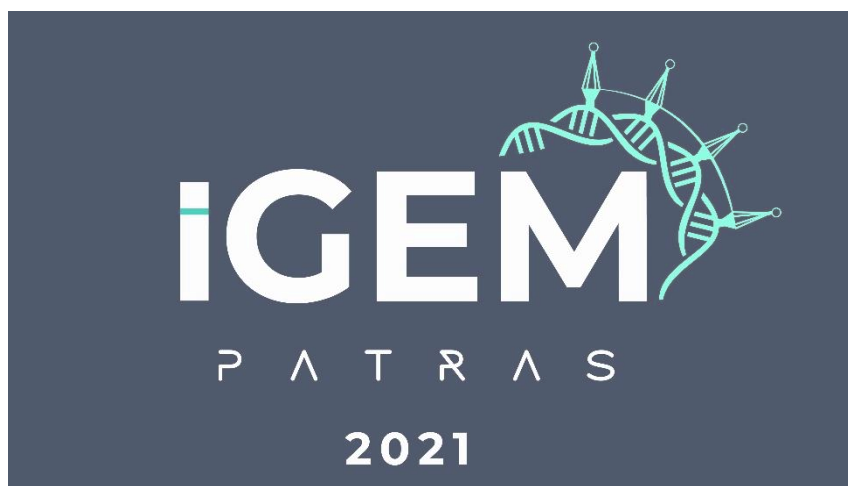
I declare that I was informed about the purpose and the procedures of the study and I accept to participate. Questions I had about the study were answered. I understand that I can withdraw at any moment from the study without having to explain my decision and without any consequences. Finally I declare that I fully understand all the above, and the doctor-investigator so confirms.

Name of interviewee:

Signature of interviewee:

Signature of clinician/researcher:

Date:.....





University Campus, Rion, GR-265 04, Patras, Greece
George P. Patrinos
Professor of Pharmacogenomics
Telephone/Fax: +30-2610-962339, Email: gpatrinos@upatras.gr

Πανεπιστημιούπολη, Ρίο, 265 04, Πάτρα
Γεώργιος Π. Πατρινός
Καθηγητής Φαρμακογονιδιωματικής
Τηλέφωνο/Fax: 2610-962339, Email: gpatrinos@upatras.gr

ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ο Κάτωθι υπογεγραμμένος δηλώνω ότι έλαβα γνώση του σκοπού, των διαδικασιών και της διάρκειας της μελέτης στην οποία θα υποβληθώ και δέχομαι να λάβω μέρος. Τυχόν ερωτήσεις που είχα σχετικά με την μελέτη μου απαντήθηκαν ικανοποιητικά. Κατανοώ επίσης ότι μπορώ να αποσυρθώ σε οποιαδήποτε φάση της μελέτης, χωρίς απαραίτητα να δικαιολογήσω την απόφασή μου αυτή και χωρίς να επισύρει αυτό καμία συνέπεια. Δηλώνω εντέλει ότι κατανοώ όλα τα ανωτέρω και ότι ο συνυπογράφων ιατρός – ερευνητής το βεβαιώνει.

Όνοματεπώνυμο εξεταζόμενου:.....

Υπογραφή εξεταζόμενου:.....

Υπογραφή γιατρού/ερευνητή:.....

Ημερομηνία:.....

