

ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ (ΠΡΟΤΥΠΟ)

Τίτλος: [Τίτλος προγράμματος/έρευνας]
Ερευνητής/ες: [Όνομα/τα ερευνητών/ερευνητριών, Τμήμα, Θέση, Σχέση με ΕΛΜΕΠΑ]
Χρηματοδότης: [Όνομα χρηματοδότη φορέα αν ισχύει/διαγράψτε αν δεν ισχύει]

Παρακαλούμε συμπληρώστε τα αντίστοιχα τετραγωνίδια για να δηλώσετε συναίνεση

Τα παρακάτω θα πρέπει να προσαρμοστούν στο είδος και τις ανάγκες της έρευνας.

Επίσης, όπου υπάρχουν κόκκινα γράμματα πρέπει να διαγραφούν

Έχω διαβάσει και έχω κατανοήσει το περιεχόμενο του Εντύπου Πληροφόρησης	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
Μου δόθηκε αρκετός χρόνος για να αποφασίσω αν θέλω να συμμετέχω σε αυτή τη συζήτηση	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
Έχω λάβει ικανοποιητικές εξηγήσεις για τη διαχείριση των προσωπικών μου δεδομένων	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
Καταλαβαίνω ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και μπορώ να αποχωρήσω οποιαδήποτε στιγμή χωρίς να δώσω εξηγήσεις και χωρίς καμία συνέπεια	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
Κατανοώ ότι αν αποχωρήσω από την έρευνα τα δεδομένα μου θα καταστραφούν	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
Κατανοώ ότι μπορώ να ζητήσω να καταστραφούν οι πληροφορίες που έδωσα στο πλαίσιο της έρευνας μέχρι [ό,τι ισχύει]	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
Γνωρίζω με ποιόν μπορώ να επικοινωνήσω αν επιθυμώ περισσότερες πληροφορίες για την έρευνα	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
Γνωρίζω σε ποιόν μπορώ να απευθυνθώ για παράπονα ή καταγγελίες	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
Γνωρίζω σε ποιόν μπορώ να απευθυνθώ για να ασκήσω τα δικαιώματά μου	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
Επιπρόσθετα όπου ισχύει κάποιο ή κάποια από τα παρακάτω, να δηλωθεί η συναίνεση (σε χωριστές γραμμές για κάθε ένα που ισχύει) <u>Διαφορετικά να διαγραφούν οι ακόλουθες προτάσεις</u>		
Έχω ενημερωθεί ότι κατά τη διάρκεια της συνέντευξης/επικοινωνίας με τον ερευνητή/τρια θα ηχογραφηθεί ή βιντεοσκοπηθεί η συνομιλία μου και ότι τα συγκεκριμένα αρχεία θα αποθηκευτούν και θα προστατευτούν σύμφωνα με όσα περιγράφονται στο έντυπο πληροφόρησης	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
Έχω ενημερωθεί για: Λήψη πληροφοριών από τον ιατρικό φάκελο Λήψη δειγμάτων (DNA, βιολογικών) Χρήση βιοχημικών δεδομένων Χρήση γενετικών δεδομένων Χρήση φαρμακευτικής αγωγής Χρήση εικονικών φαρμάκων Πιθανές παρενέργειες των φαρμάκων Ιχνηλασία (Tracking) Profiling κλπ	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
Ονοματεπώνυμο συμμετέχοντος:		
Υπογραφή	Ημερομηνία	
Ονοματεπώνυμο ερευνητή:		
Υπογραφή	Ημερομηνία	