

Έντυπο συγκατάθεσης

Για τη συγκατάθεση ενός ασθενούς αναφορικά με τη δημοσίευση των απεικονίσεων ή/και των πληροφοριών του στις δημοσιεύσεις της BMJ.

Όνομα ασθενούς:

Σχέση με τον ασθενή (αν δεν υπογράψει ο ασθενής το παρόν έντυπο):

Περιγραφή της φωτογραφίας, απεικόνισης, κειμένου ή άλλου υλικού (Υλικό) για τον ασθενή. Στο παρόν έντυπο πρέπει να επισυνάπτεται ένα αντίγραφο του Υλικού:

Προσωρινός τίτλος του άρθρου στο οποίο θα περιλαμβάνεται το Υλικό:

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Εγώ ο/η _____ [ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΟΛΟΓΡΑΦΩΣ] παραχωρώ τη συγκατάθεσή μου για το Υλικό που σχετίζεται με εμένα/τον ασθενή, ώστε να εμφανιστεί σε μια δημοσίευση της BMJ.

Επιβεβαιώνω ότι: (σημειώστε στα σχετικά τετραγωνίδια για επιβεβαίωση)

- έχω δει τη φωτογραφία, απεικόνιση, κείμενο ή άλλο υλικό για εμένα/τον ασθενή
- έχω διαβάσει το άρθρο που θα υποβληθεί στην BMJ
- έχω το νόμιμο δικαίωμα να παραχωρήσω αυτήν τη συγκατάθεση.

Κατανοώ τα εξής:

- (1) Το Υλικό θα δημοσιευτεί χωρίς να αναγράφεται το όνομά μου/του ασθενούς, ωστόσο, κατανοώ ότι δεν μπορεί να διασφαλιστεί η πλήρης ανωνυμία. Είναι πιθανό κάποιος, κάπου, για παράδειγμα, κάποιος που φρόντισε εμένα/τον ασθενή ή ένας συγγενής να αναγνωρίσει εμένα/τον ασθενή.
- (2) Το Υλικό μπορεί να παρουσιάζει ή να περιλαμβάνει λεπτομέρειες για μια ιατρική πάθηση ή βλάβη και τυχόν πρόγνωση, θεραπεία ή χειρουργική επέμβαση που πραγματοποιήθηκε στο παρελθόν, τώρα ή στο μέλλον και αφορά σε εμένα/τον ασθενή.
- (3) Το άρθρο μπορεί να δημοσιευτεί σε ένα επιστημονικό περιοδικό που διανέμεται παγκοσμίως. Οι εκδόσεις της BMJ απευθύνονται κυρίως σε ιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας, ωστόσο, μπορούν να τις δουν και πολλοί άλλοι, συμπεριλαμβανομένων, ακαδημαϊκών, φοιτητών και δημοσιογράφων.
- (4) Το άρθρο, συμπεριλαμβανομένου του Υλικού, ενδεχομένως να είναι το θέμα ενός δελτίου τύπου και να μπορεί κάποιος να συνδεθεί με αυτό από τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης ή/και να χρησιμοποιηθεί για άλλες προωθητικές δραστηριότητες. Το άρθρο, αφού δημοσιευτεί, μπορεί να αναρτηθεί σε έναν ιστότοπο της BMJ και να είναι διαθέσιμο και σε άλλους ιστότοπους.
- (5) Το κείμενο του άρθρου θα διορθωθεί προτού δημοσιευτεί, όσον αφορά στο στυλ, τη γραμματική και τη συνέπεια στους όρους που εμφανίζονται σε αυτό.

- (6) Εγώ/ο ασθενής δεν θα αποκομίσω/ει κανένα οικονομικό όφελος από τη δημοσίευση του άρθρου.
- (7)
- (8) Το άρθρο, επίσης, μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο σύνολό του ή μέρος του σε άλλες δημοσιεύσεις και προϊόντα που δημοσιεύει η BMJ ή/και άλλοι εκδότες. Αυτά περιλαμβάνουν δημοσιεύσεις στην αγγλική γλώσσα και σε μετάφραση, σε έντυπη και ψηφιακή μορφή καθώς και σε οποιαδήποτε άλλη μορφή που μπορεί να χρησιμοποιήσει η BMJ ή άλλοι εκδότες τώρα και στο μέλλον. Το άρθρο μπορεί να εμφανιστεί σε τοπικές εκδόσεις επιστημονικών περιοδικών ή άλλων εντύπων που εκδίδονται στο Ηνωμένο Βασίλειο και στο εξωτερικό.
- (9) Μπορώ να ανακαλέσω τη συγκατάθεσή μου οποιαδήποτε στιγμή πριν από τη δημοσίευση, ωστόσο, αν το άρθρο εγκριθεί για δημοσίευση («έχει πάει στο τυπογραφείο»), δεν είναι δυνατή η ανάκληση της συγκατάθεσης.
- (10) Το παρόν έντυπο συγκατάθεσης θα διατηρηθεί με ασφάλεια και εμπιστευτικότητα από την BMJ σύμφωνα με τη νομοθεσία για όσο χρόνο κρίνεται απαραίτητο.

Σημειώστε στα σχετικά τετραγωνίδια, για να επιβεβαιώσετε τα ακόλουθα:

- Παραχωρώ τη συγκατάθεσή μου στην BMJ σχετικά με τη διατήρηση των στοιχείων επικοινωνίας μου (και εκτός ΕΟΧ) μόνο με σκοπό την επικοινωνία μαζί μου, αν κριθεί απαραίτητο, στο μέλλον.
- Για τα σημεία που η παρούσα συγκατάθεση σχετίζεται με ένα άρθρο στις *Αναφορές Περιστατικών της BMJ*, εγώ/ο ασθενής είχα/είχε την ευκαιρία να σχολιάσω/ει το άρθρο και είμαι/είναι ικανοποιημένος από το γεγονός ότι τα σχόλια, αν υπάρχουν, αποτυπώνονται στο άρθρο.

Υπογραφή: _____

Όνοματεπώνυμο ολογράφως: _____

Διεύθυνση: _____

Διεύθυνση email: _____

Αρ. τηλεφώνου: _____

Αν υπογράφετε εκ μέρους ενός ασθενούς, αιτιολογήστε γιατί δεν μπορεί να υπογράψει ο ίδιος ο ασθενής (π.χ. ο ασθενής έχει αποβιώσει, είναι κάτω των 18 ετών ή έχει γνωστική ή πνευματική ανεπάρκεια).

_____ Ημερομηνία: _____

- Αν υπογράφετε για μια οικογένεια ή άλλη ομάδα, σημειώστε στο σχετικό τετραγωνίδιο, για να επιβεβαιώσετε ότι έχουν ενημερωθεί όλα τα σχετικά μέλη της οικογένειας ή ομάδας.

Αν ο ασθενής είναι παιδί ηλικίας 7 ετών και άνω, πρέπει να επιβεβαιώσει τη συγκατάθεσή του και το ίδιο:

Υπογραφή: _____

Όνοματεπώνυμο ολογράφως: _____

Ημερομηνία γέννησης: _____

Ημερομηνία: _____

Στοιχεία του ατόμου που έχει εξηγήσει και διανείμει το έντυπο στον ασθενή ή τον εκπρόσωπό του (π.χ. ο σχετικός συντάκτης ή άλλο άτομο που έχει την αρμοδιότητα λήψης συγκατάθεσης).

Υπογραφή: _____

Όνοματεπώνυμο ολογράφως: _____

Θέση: _____

Διεύθυνση: _____

Ίδρυμα: _____

Διεύθυνση email: _____

Αρ. τηλεφώνου: _____

Ημερομηνία: _____