



TOTBİD ARAŞTIRMA DERGİSİ

HASTA ONAM FORMU

Hasta Adı-Soyadı:

Makale Başlığı:

Sorumlu Yazar:

Ben benim/ (yakınımın) klinik bulgularımın ve ilgili görüntülerimin, bilimsel amaçla kullanılmasına izin veriyorum.

Yayınlanacak makalede ismim ve kimlik numaram, adresim, telefon numaram, ödeme bilgileri gibi kişisel bilgilerimin gizli tutulacağını anladım.

Bu makalenin, elektronik olarak ve kağıt üzerinde doktorlara, hemşirelere ve diğer sağlık personeline dağıtılan tıbbi bir dergide yayınlanacağını anladım.

Bilgilerimin amaç dışında veya reklam için kullanılmayacağını anladım.

İznimi makale yayınlanmadan önce istediğim zaman iptal edebileceğimi anladım.

Tarih:

İmza: