

Studio sui morsi di ragno in Svizzera

Consenso informato (adulti)

Con la presente confermo di essere stato/a informato/a riguardo lo studio sui morsi di ragno dal Dr./ dalla Dr.ssa

Sono d'accordo che i miei dati vengano inoltrati alla direzione dello studio, dove saranno elaborati.

Sono stato/a informato/a che è prevista una pubblicazione dei risultati di questo studio in una rivista scientifica medica e sono consapevole del fatto che probabilmente alcuni casi saranno descritti in modo dettagliato. Tuttavia, i risultati dello studio saranno pubblicati senza citare alcun nome o data di nascita, ciò significa che la mia identità rimarrà anonima.

Sono consapevole del fatto che l'articolo pubblicato sarà accessibile da Internet e che lo stesso potrà eventualmente essere riprodotto in altre pagine web e in forma stampata.

Sono consapevole del fatto che la mia partecipazione allo studio è su base volontaria e che posso ritirare il consenso in qualsiasi momento, senza specificarne il motivo e senza alcun svantaggio.

Nome e cognome:

Luogo, data:

Firma:

(Questo documento deve essere archiviato nella cartella clinica del paziente)