



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
Εθνικόν και Καποδιστριακόν  
Πανεπιστήμιον Αθηνών  
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

## Ιατρική Σχολή

**Α΄ ΠΡΟΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**  
**Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Διαταραχών**  
**Μεταβολισμού**  
**Ασβεστίου & Φωσφόρου**

**Centre of Expertise for Rare  
Endocrine Disorders, C.E.R.E.D**

**CALCIUM & PHOSPHATE  
METABOLISM DISORDERS**

LAIKO General Hospital of Athens  
17 Agiou Thomas st.  
11527 Goudi, Athens, Greece

### PATIENT DECLARATION OF AGREEMENT

#### The EuRRECa Core Registry

#### ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΦΩΝΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΒΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΣΠΑΝΙΑ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Ο/Η..... ΤΟΥ.....

γεννημένος στις.....

δηλώνω ότι συναινώ στη διάθεση των πληροφοριών που αφορούν τον ιατρικό μου φάκελο στην Ευρωπαϊκή βάση δεδομένων για τα Σπάνια Ενδοκρινολογικά Νοσήματα εφόσον διατηρηθεί η ανωνυμία μου. Η διαδικασία καταγραφής και όλες οι λεπτομέρειες σχετικά με την συλλογή πληροφοριών μου έγιναν γνωστές και μου εξηγήθηκαν από τον ιατρό μου με τρόπο κατανοητό και σαφή. Είχα την ευκαιρία να ζητήσω εξηγήσεις σχετικά με τη φύση της βάσης καταγραφής, την ασφάλεια των εισαγόμενων δεδομένων μου καθώς και την προσβασιμότητα της επιστημονικής κοινότητας στα δεδομένα αυτά και μου δόθηκαν επαρκείς εξηγήσεις. Είχα στη διάθεση μου αρκετό χρόνο, κατάλληλο για να καταλήξω στη απόφασή μου.

Ο/Η Ιατρός

Συμφωνώ ότι η επιστημονική κοινότητα και ο ιατρός μπορεί να χρησιμοποιήσει διατηρώντας την ανωνυμία μου τα ιατρικά δεδομένα. Επίσης μου κατέστη σαφές ότι η συγκεκριμένη δήλωση αφορά στην εθελοντική συμμετοχή μου, ότι έχω το δικαίωμα να αλλάξω γνώμη σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή και ότι οποιαδήποτε απόφασή μου δεν πρόκειται να επηρεάσει την αντιμετώπισή μου από τους ιατρούς του **Κέντρου Εμπειρογνωμοσύνης Σπανίων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων-Διαταραχές Μεταβολισμού Ασβεστίου και Φωσφόρου.**

Δηλώνω ότι έχω λάβει αντίγραφο της συγκεκριμένης δήλωσης

**Ονοματεπώνυμο ασθενούς:**

- Patients Name -:

**Ιατρός -Physician:**

\_\_\_\_\_  
(Print Surname / First Name)

\_\_\_\_\_  
(Print Surname / First Name)

\_\_\_\_\_  
(Signature-Υπογραφή)

\_\_\_\_\_  
(Signature-Υπογραφή)

\_\_\_\_\_  
Τόπος και ημερομηνία  
(Place and Date)

\_\_\_\_\_  
Τόπος και ημερομηνία  
(Place and Date)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
Εθνικόν και Καποδιστριακόν  
Πανεπιστήμιον Αθηνών  
—ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837—

## Ιατρική Σχολή

Α΄ ΠΡΟΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ  
Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Διαταραχών  
Μεταβολισμού  
Ασβεστίου & Φωσφόρου

Centre of Expertise for Rare  
Endocrine Disorders, C.E.R.E.D

CALCIUM & PHOSPHATE  
METABOLISM DISORDERS

LAIKO General Hospital of Athens  
17 Agiou Thomas st.  
11527 Goudi, Athens, Greece

### Clinic Stamp (Σφραγίδα κλινικής):

Δηλώνω ότι συμφωνώ να συμπεριληφθούν τα δεδομένα του ιατρικού μου φακέλου στην Ευρωπαϊκή βάση δεδομένων για τα Σπάνια Ενδοκρινολογικά Νοσήματα χρησιμοποιώντας έναν ειδικό κωδικό έτσι ώστε να μην ανάγονται στο όνομα μου. Τα στοιχεία αυτά θα καταχωρηθούν διατηρώντας την ανωνυμία μου με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι άμεσα διαθέσιμα. Επίσης αντιλαμβάνομαι ότι ο υπεύθυνος του έργου αυτού σε συνεργασία με τον ιατρό που με παρακολουθεί θα παρακολουθούν τη διαδικασία καταγραφής έτσι ώστε να είναι ακριβής.

Τα δεδομένα αυτά μπορούν να προωθηθούν στην επιστημονική επιτροπή και την επιτροπή δεοντολογίας και να παρουσιασθούν σε επιστημονικά περιοδικά. Έχω βεβαιωθεί για την εμπιστευτικότητα και την προστασία των δεδομένων μου .

Όνοματεπώνυμο ασθενούς:  
(Print Surname / First Name)

(Signature-Υπογραφή)

Τόπος και Ημερομηνία  
(Place and Date)

Clinic Stamp (Σφραγίδα κλινικής):  
Ιατρός -Physician:

Όνοματεπώνυμο  
(Print Surname / First Name)

(Signature-Υπογραφή)

Τόπος και Ημερομηνία (Place and Date)

2

ΕΚΔΟΣΗ 1 / 1.07.2019-	Ημερομηνία εκτύπωσης: 7/12/2020
ΣΥΝΤΑΞΗ: Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Διαταραχών Μεταβολισμού Ασβεστίου και Φωσφόρου, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»	ΕΛΕΓΧΟΣ-ΕΓΚΡΙΣΗ: Αν. Καθηγήτρια Βιοχημείας – Μοριακής Ενδοκρινολογίας Κασσή Ευανθία