מדבקה

אנו \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ החתומים מטה, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_\_\_\_ ו \_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_\_, הוריו/ה של הקטין/נה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

נותנים בזאת את הסכמתנו לרישום הפרטים הקליניים המתארים את הבעייה הרפואית של \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ במאגר המידע הבינלאומי של רישום ילדים עם הפרעות מסוג זה. הוסבר לנו, כי מאגר זה משמש את הקהילה הרפואית לצרכי העשרת הידע ושיפור דרכי איבחון וטיפול בבעיות נדירות אלו בלבד.

כן הוסבר לנו שפרטים קליניים אלו של בננו/בתנו יהיו ללא כל סימן מזהה ולא ניתן יהיה לקשר בינם לבין זהותו/ה וכיזהותו/ה תהיה חסויה וידועה רק לד"ר דה-פריס ולפרופ' משה פיליפ.

ידוע לנו שבכל עת, ועל פי שיקול דעתנו, עומדת לנו הזכות לחזור בנו מהסכמה זו ולבקש את מחיקת הפרטים הקליניים של בננו/בתנו מן המאגר.

על החתום

חתימת האב \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

חתימת האם \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

חתימת הרופא \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תאריך\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_