

Annexure – 6

முறையான அனுமதி படிவம்

தேதி: _____

தலைப்பு: _____

முதன்மைஆய்வாளரின் பெயர்: _____

கைப்பேசி: _____

இந்ததகவல்தாளின் உள்ளடக்கங்களை நான் கவனமாக படித்தேன் / அது என்னுடைய மொழியில் எனக்கு விளக்கப்பட்டது. நான் அவற்றை முழுமையாகப் புரிந்து கொண்டேன். எனக்கு ஏற்பட்ட சந்தேகங்களை தீர்த்துகொள்ள வாய்ப்பு அளிக்கப்பட்டது என்பதை உறுதிப்படுத்துகிறேன்.

இந்தஆராய்ச்சியின் முடிவில் என்னுடைய பெயர் மற்றும் என்னை பற்றிய தகவல்கள் வெளியே வராது என்பதையும், நான் விரும்பும் பட்சத்தில் இவ்வாராய்ச்சியிலிருந்து எப்பொழுது வேண்டுமானாலும் விலகி கொள்ளலாம் என்றும் அவ்வாறு விலகும் பொழுது அது எனக்கு அளிக்கப்படும் சிகிச்சையை ஒருபொழுதும் பாதிக்காது என்றும் அறிந்து கொண்டேன்.

இந்தஆராய்ச்சியில் பங்கேற்பதற்கு முழுமனதாக நான் சம்மதிக்கின்றேன்.

நோயாளியின் கையொப்பம் / இடது பெருவிரல் ரேகை

ஆராய்ச்சியாளரின் கையொப்பம்

பங்கேற்பவரின் பெயர்: _____

பங்கேற்பவரின் முகவரி:

சாட்சி(1)

பெயர்:

முகவரி:

கையொப்பம்:

சாட்சி(2)

பெயர்:

முகவரி:

கையொப்பம்: