**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

**Εθνικόν και Καποδιστριακόν Πανεπιστήμιον Αθηνών**

**Ιατρική Σχολή**

**Α΄Νευρολογική Κλινική**

**Διευθυντής: Καθηγητής Λεωνίδας Στεφανής**

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΜΥΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ**

Αθήνα, ../../20..

Ο/Η υπογεγραµµένος/η ασθενής ………………………………….. , αφού ενημερώθηκα για την αναγκαιότητα, τις πιθανές επιπλοκές και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της βιοψίας μυός, δηλώνω ότι συγκατατίθεμαι στη διενέργειά της για:

1. Διαγνωστικούς σκοπούς □
2. Ερευνητικούς σκοπούς □

Υπογραφή ασθενούς

(σε περίπτωση ανήλικου υπογράφουν οι κηδεμόνες)

……………………………………………………………………………..