

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΕΝΗΛΙΚΑ / ADULT CONSENT FORM

ΔΗΛΩΣΗ/ΑΠΟΔΟΧΗ: Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα στοιχεία που έχω καταγράψει στην προηγούμενη σελίδα είναι αληθή. Μου έχει γίνει ενδελεχής εξέταση και λεπτομερής παρουσίαση των σχετικών τεχνολογιών και εφαρμογών που προσφέρονται από το SOZQ Brain Center. Μου εξηγήθηκε πλήρως η δοκιμαστική χρήση των τεχνολογιών για ολιστική αντιμετώπιση χρόνιων παθήσεων. Αναγνωρίζω ότι οι ανωτέρω τεχνολογίες και εφαρμογές λειτουργούν συμπληρωματικά και σε καμία περίπτωση δεν αντικαθιστούν ιατρικές θεραπευτικές αγωγές ή την ανάγκη να συνεχίσω να συμβουλευόμαι τους θεράποντες ιατρούς μου.

Επίσης, δηλώνω και αποδέχομαι ότι, ως πάσχων, έχω ενημερωθεί πλήρως και έχω διαβάσει όλες τις οδηγίες, ενδεχόμενες χρήσεις, αντενδείξεις καθώς και τις σχετικές δηλώσεις των κατασκευαστικών οίκων (Ducept, Flow Neuroscience, PlatoScience) για τη μη κλινική εφαρμογή (στο σπίτι) όλων των μη επεμβατικών τεχνολογιών και θεραπειών που διατίθενται στο κέντρο SOZQ Brain Center. Αναγνωρίζω ότι οι κατασκευαστές συστήνουν περιορισμούς στη χρήση αυτών των προϊόντων και τεχνολογιών. Ελεύθερα και χωρίς ενδοιασμό παρέχω τη συναίνεσή μου για τη δοκιμαστική χρήση αυτών των τεχνολογιών πέραν των ορίων που προτείνουν οι κατασκευαστές σε περίπτωση που αυτό ενδείκνυται για την περίπτωσή μου.

Επιπλέον δηλώνω ότι έχουν απαντηθεί όλες μου οι ερωτήσεις, έχουν διευκρινιστεί οι απορίες μου και επιλέγω ελεύθερα να προχωρήσω στην εκπαίδευσή μου και στη χρήση και εφαρμογή των σχετικών τεχνολογιών που εφαρμόζει το Κέντρο για αντιμετώπιση της δικής μου πάθησης, για σκοπούς επιστημονικής έρευνας και δοκιμαστικής εφαρμογής τεχνολογιών.

Αναφορικά με τη χρήση των επιστημονικών δεδομένων που προκύπτουν από τις θεραπείες αυτές, συναινώ τα δεδομένα μου να διατίθενται στην επιστημονική κοινότητα (χωρίς τη χρήση προσωπικών στοιχείων) και διατηρώ το δικαίωμα να ανακαλέσω την παρούσα συγκατάθεση στο μέλλον, όπως περιγράφεται στην Πολιτική Απορρήτου (Privacy Policy). Επίσης δηλώνω ότι οι φωτογραφίες, τα βίντεο και οι γραπτές συγκαταθέσεις μου μπορούν να χρησιμοποιηθούν αντίστοιχα και αναλόγως.

Όλα τα σχετικά έγγραφα και πληροφορίες των προϊόντων των πιο πάνω οίκων μου έχουν διατεθεί και δηλώνω την πλήρη αποδοχή τους. Αποδέχομαι ότι δεν γίνονται επιστροφές χρημάτων μετά το άνοιγμα της κάθε συσκευασίας.

DECLARATION/ACCEPTANCE: I hereby declare that the information I have provided overleaf is true. I have undergone a thorough examination and I have been provided with a detailed presentation of all the relevant technologies and applications. I was informed fully about the trial use of these technologies for the holistic treatment of chronic conditions. I recognize and accept that these technologies and applications function complementary to and in no way replace medical treatments or the need to continue to consult my doctors.

I also declare and accept that I have been fully informed about the technology for my condition, it has been demonstrated to me and I have read all the instructions, indicated uses, contraindications as well as the relevant statements of the manufacturing companies (Ducept, Flow Neuroscience, PlatoScience) for non-clinical application (home use), for all non-invasive technologies and treatments offered at SOZQ Brain Center. I recognize that the manufacturers recommend limited use of these products. I freely consent to the trial use of these technologies beyond the limits proposed by manufacturers when this is recommended for my condition.

I further declare that all my questions have been fully answered and clarified. I freely choose to receive training and to proceed with the use and application of the technologies offered by the Center for my ailment, for the purpose of scientific research and trial use of these techniques.

Regarding the use of scientific data resulting from these treatments, I consent for these to be made available to the Scientific Community (excluding the personal data) and I reserve the right to withdraw this consent at any time in the future as described on the Privacy Policy. Moreover, I consent for the relevant videos, photos and written testimonials to be used accordingly.

All the relevant documentation and information of the products from the above manufacturers have been provided to me, and I declare their acceptance. I also accept that there can be no refunds once the device package has been opened.

Ο Δηλών / Η Δηλούσα / The Declarant

Υπογραφή & Όνομα / Signature & Name

...../...../.....
Ημερομηνία / Date

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΟΝΕΩΝ ή ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ PARENTS OR GUARDIANS CONSENT FORM

ΔΗΛΩΣΗ/ΑΠΟΔΟΧΗ: Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα στοιχεία στην προηγούμενη σελίδα αφορούν στο παιδί μου και είναι αληθή. Έχει γίνει ενδελεχής εξέταση του παιδιού μου και λεπτομερής παρουσίαση των σχετικών τεχνολογιών και εφαρμογών που προσφέρονται από το **SOZQ Brain Center**. Μας εξηγήθηκε πλήρως η δοκιμαστική χρήση των τεχνολογιών για ολιστική αντιμετώπιση χρόνιων παθήσεων. Αναγνωρίζω ότι οι ανωτέρω τεχνολογίες και εφαρμογές λειτουργούν συμπληρωματικά και σε καμία περίπτωση δεν αντικαθιστούν ιατρικές θεραπευτικές αγωγές ή την ανάγκη να συνεχίσουμε να συμβουλευόμαστε τους θεράποντες ιατρούς του παιδιού μου.

Επίσης, δηλώνω και αποδέχομαι ότι, ως γονέας/κηδεμόνας πάσχοντος παιδιού, έχω ενημερωθεί πλήρως και έχω διαβάσει όλες τις οδηγίες, ενδεξιγμένες χρήσεις, αντενδείξεις καθώς και τις σχετικές δηλώσεις των κατασκευαστικών οίκων (Ducest, Flow Neuroscience, PlatoScience) για τη μη κλινική εφαρμογή (στο σπίτι) όλων των μη επεμβατικών τεχνολογιών και θεραπειών που διατίθενται στο κέντρο **SOZQ Brain Center**. Αναγνωρίζω ότι οι κατασκευαστές συμβουλεύουν να αποφεύγεται η χρήση αυτών των προϊόντων και τεχνολογιών με παιδιά κάτω της ηλικίας των 18 ετών. Λαμβάνοντας υπόψη ενθαρρυντικά προκαταρκτικά ερευνητικά αποτελέσματα, ελεύθερα και χωρίς ενδοιασμό παρέχω τη συναίνεσή μου για την δοκιμαστική χρήση αυτών των τεχνολογιών για το παιδί μου.

Επιπλέον δηλώνω ότι έχουν απαντηθεί όλες οι ερωτήσεις μας, έχουν διευκρινιστεί οι απορίες μας και επιλέγω ελεύθερα να δώσω τη συγκατάθεσή μου ώστε να προχωρήσουμε με την εκπαίδευση και τη χρήση και εφαρμογή των σχετικών τεχνολογιών που εφαρμόζει το Κέντρο για την πάθηση του παιδιού μου, για σκοπούς επιστημονικής έρευνας και δοκιμαστικής εφαρμογής τεχνικών.

Αναφορικά με τη χρήση των επιστημονικών δεδομένων που προκύπτουν από τις θεραπείες αυτές, συναινώ τα δεδομένα του παιδιού μου να διατίθενται στην επιστημονική κοινότητα (χωρίς τη χρήση προσωπικών στοιχείων) και διατηρώ το δικαίωμα να ανακαλέσω την παρούσα συγκατάθεση στο μέλλον. Επίσης δηλώνω ότι οι φωτογραφίες, τα βίντεο και οι γραπτές συγκαταθέσεις μου μπορούν να χρησιμοποιηθούν αντίστοιχα και αναλόγως.

Όλα τα σχετικά έγγραφα και πληροφορίες των προϊόντων των πιο πάνω οίκων μου έχουν διατεθεί και δηλώνω την πλήρη αποδοχή τους. Αποδέχομαι ότι δεν γίνονται επιστροφές χρημάτων μετά το άνοιγμα της κάθε συσκευασίας.

DECLARATION/ACCEPTANCE: I hereby declare that the information overleaf refers to my child and that it is true. My child underwent a thorough examination and we were provided with a detailed presentation of all the relevant technologies and applications. We were informed fully about the trial use of these technologies for the holistic treatment of chronic conditions. I recognize and accept that these technologies and applications function complementary to and in no way replace medical treatments or the need to continue to consult my child's doctors.

I also declare and accept that I have been fully informed about the technology for my child's condition, it has been demonstrated to us from the first session and I have read all the instructions, indicated uses, contraindications, as well as the relevant statements of the manufacturing companies (Ducest, Flow Neuroscience, PlatoScience) for non-clinical application (home use), for all non-invasive technologies and treatments offered at **SOZQ Brain Center**. I recognize that the manufacturers recommend against the use of these products with children below the age of 18. Following encouraging provisional research findings, I fully consent to the trial use of these technologies for my child.

I further declare that all our questions have been fully answered and clarified. I freely choose to give my consent for me and/or my child to receive training and to proceed with the use and application of the technologies offered by the Center for my child's ailment, for the purpose of scientific research and trial use of these techniques.

Regarding the use of scientific data resulting from these treatments, I consent for these to be made available to the Scientific Community (excluding my child's personal data) and I reserve the right to withdraw this consent at any time in the future. Moreover, I consent for the relevant videos, photos and written testimonials to be used accordingly.

All the relevant documentation and information of the products from the above manufacturers have been provided to us, and I declare their acceptance. I also accept that there can be no refunds once the device package has been opened.

Ο Δηλών / Η Δηλούσα / The Declarant

Υπογραφή & Όνομα Κηδεμόνα / Signature & Name of Parent/Guardian

Ημερομηνία / Date