

KATILIM FORMU

Bu formu tamamen doldurun ve dışkı örneğinizle birlikte gönderin.
Yoksa dışkı örneği analizi yapılamaz.

DIKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR:

- Bu form kişiseldir ve sadece sizin kullanımınız içindir.
- Araştırma sonuçlarını göndermemiz için aile hekiminizin bilgileri gereklidir.
- Basılı bilgilerde hiçbir değişiklik yapmayın.
- Bu formun üzerine hiçbir şey yapıştırmayın.
- Mavi veya siyah tükenmez kalem kullanın.
- Büyük harflerle doldurunuz.
- Teste sadece şu an aldığınız katılım formuyla katılın.

Bu formu dışkı örneğiyle birlikte kabarcık zarfa koyarak gönderin.

Dışkı Örneği Aldığınız Tarih: / /

Telefon Numarası (tercihen GSM-no): /

E-Posta Adresi:
@

Dışkı örneğinizi bu katılım formuyla birlikte göndermekle, sonuçların sizinle ve (aile) hekiminizle paylaşılmasını, bu verilerin muhafaza edilmesini ve bunların (sadece) bu araştırma ve sürecin değerlendirilmesi çerçevesinde kullanılmasına izin verdiğinizi kabul etmiş olursunuz.

ELİMİZDEKİ VERİLERE GÖRE AİLE HEKİMİZİN BİLGİLERİ ŞÖYLEDİR:

Bilgilerde eksik ya da yanlış var mı? Varsa doğru bilgileri aşağıdaki ilgili bölüme yazın (BÜYÜK HARFLERLE DOLDURUNUZ).

(Aile) Hekiminin Adı:

(Aile) Hekiminin Soyadı:

(Aile) Hekiminin Sokağı:

(Aile) Hekiminin Ev No: (Aile) Hekiminin Posta Kodu:

**KATILIMI-
NIZ İÇİN
TEŞEKKÜRLER!**

38719

