

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

(18 évnél idősebb cselekvőképes személy)

**A vizsgálat címe: Az acromegalia epidemiológiájának, genetikai hátterének, klinikai jellemzőinek és a kezelés hatékonyságának vizsgálata – AcroR (Acromegaly Registry) regiszter (prospektív obszervációs vizsgálat)**

Alulírott a fenti vizsgálatban való részvételemet vállalom, abba beleegyezem.

NÉV: .....

Lakcím: .....

Anyja neve: .....

Születési hely és idő: .....

TAJ szám:.....-.....-.....

Betegazonosító: \_\_\_\_\_

Elérhetőség: .....

1. Elolvastam és megértettem a tájékoztató adatlapot, lehetőségem volt kérdéseket feltenni és azokra mindenben kielégítő választ kaptam.
2. Kijelentem, hogy a vizsgálatban szabad elhatározásomból veszek részt, bármikor szabadon, akár szóban, akár írásban visszaléphetek és ez sem a kezelésemet, sem a jogaimat nem fogja befolyásolni.
3. Tudomásul veszem, hogy a rám vonatkozó orvosi feljegyzések egy részébe a vizsgálatban résztvevő személyek betekintenek, ehhez hozzájárulok.
4. Beleegyezem, hogy az AcroR vizsgálatához történő adatgyűjtés során a rólam nyert adatok, eredmények, nevem és személyi adataim teljes titokban tartásával a későbbiekben tudományos elemzés és szakfolyóiratban publikáció céljára tárolásra, felhasználásra kerüljenek.
5. Tudomásul veszem, hogy a vizsgálatokban való részvételért anyagi juttatásban nem részesülök.
6. Tudomásul veszem, hogy a megfelelő, hatóságilag szabályozott ellenőrzés mellett, a vizsgálati eredmények és a minták más hazai és külföldi kutatókhoz továbbíthatók, akik ezeket előre meghatározott kutatási célra felhasználhatják.

7. Hozzájárulok ahhoz, hogy a jövőben a kutatásban résztvevők a megadott elérhetőségiemen megkeressenek, a vizsgálathoz szükséges további információk beszerzése céljából.

A felvilágosítást végző személy:.....

Munkahely:.....

Beosztása/munkakör:.....

Dátum (saját kezűleg).....

.....  
Tájékoztatást végző orvos aláírása

Dátum (saját kezűleg) .....

.....  
Részvevő aláírása