

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

(18 évnél idősebb cselekvőképes személy)

A vizsgálat címe: Pitvarfibrilláció és –flutter (RAFFLE) regiszter: Prospektív adatgyűjtés a pitvarfibrilláció és flutter etiológiájáról, klinikai jellemzőiről és kimeneteléről

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 a Pitvarfibrilláció és –flutter regiszterhez 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).....
Tájékoztatót végző orvos aláírása

Dátum (saját kezűleg)
Résztevő aláírása