

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

(18 évnél idősebb cselekvőképes/korlátozottan cselekvőképes/cselekvőképtelen személy)

**A vizsgálat címe: Az akut ischaemiás és vérzéses stroke-ot elszenvedett betegek rizikófaktorainak, rekanalizációs kezelésének, etiológiai hátterének és kimenetelének vizsgálata – Akut stroke regiszter.**

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.
1. 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.
2. Tudomásul veszem, hogy a rám vonatkozó orvosi feljegyzések egy részébe a vizsgálatban résztvevő személyek betekintenek, ehhez hozzájárulok.
3. Beleegyezem, hogy az akut stroke 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.
4. Tudomásul veszem, hogy a vizsgálatokban való részvételért anyagi juttatásban nem részesülök.
5. 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.
6. Hozzájárulok ahhoz, hogy a jövőben a kutatásban résztvevők a megadott elérhetőségiemen megkeressenek, a vizsgálatához szükséges további információk beszerzése céljából.

A felvilágosítást végző személy:.....  
Munkahely:.....  
Beosztása/munkakör:.....

Dátum (sajátkezűleg).....  
Tájékoztatót végző orvos aláírása

Dátum (sajátkezűleg) .....  
Résztevő/törvényes képviselő aláírása