

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

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

1. A kutatás azonosító adatai:

A vizsgálat címe: **Walled-off pancreas necrosis (WOPN) kezelése - WOPN regiszter** (multicentrikus, prospektív obszervációs klinikai vizsgálat)

A kérelmező neve, munkaköre és beosztása: Prof. Dr. Czákó László, belgyógyász-gasztroenterológus, egyetemi tanár

2. Egészségügyi intézmény megnevezése

.....

3. A kutatás vezetőjének a neve, beosztása, munkaköre

A kutatás vezetője: Prof. Dr. Czákó László

Munkahely: SZTE ÁOK I. számú Belgyógyászati Klinika

Beosztása/munkakör: egyetemi tanár

3.1 A tájékoztatást adónak a neve, beosztása, munkaköre

A tájékoztatást végző személy:.....

Munkahely:.....

Beosztása/munkakör:.....

4. A résztvevő adatai

NÉV:

Lakcím:

Anyja neve:.....

Születési hely és idő:

TAJ szám:.....-.....-.....

Elérhetőség:.....

Alulírott a fenti vizsgálatban való részvételemet vállalom, abba beleegyezem.

1. Elolvastam és megértettem a tájékoztató adatlapot, lehetőségem volt kérdéseket feltenni és azokra mindenben kielégítő választ kaptam. Ha a jövőben bármilyen kérdésem lenne, Név **Prof. Dr. Czákó László**, Tel. szám **+36 62 545-186** rendelkezésemre áll.
2. Ha szükséges, vállalom a további vizsgálatok lefolytatását; beleegyezem a személyi adataim titkosításának feloldásába, hogy a szakértők kapcsolatba tudjanak velem lépni, amennyiben eredményeik közvetlen kihatással vannak a kezelésemre.
3. Tudomásul veszem, hogy a vizsgálatban önként, szabad elhatározásomból, befolyástól mentesen veszek részt, bármikor szabadon, indoklás nélkül, szóban vagy írásban visszaléphetek és ez sem a kezelésemet, sem a jogaimat nem fogja befolyásolni. Ez esetben, a WOPN Regiszterbe bevont, titkosított adataim anonim státuszba kerülnek, vagy - döntésemnek megfelelően - törlik azokat rendszerből.
4. Tudomásul veszem, hogy a rám vonatkozó anonimizált orvosi feljegyzések egy részébe a vizsgálatban résztvevő személyek betekintenek, ehhez hozzájárulok.
5. Beleegyezem, hogy személyes adataimat nem tartalmazó, a vizsgálat során gyűjtött adataimat elemzésekre felhasználják, azokat orvosi szaklapban közölik.
6. Tudomásul veszem, hogy a vizsgálatokban való részvételért anyagi juttatásban nem részesülök.
7. A Betegtájékoztató ill. a Beleegyező Nyilatkozat egy-egy példányát átvettem.

A felvilágosítást végző személy:

Munkahely:.....

Beosztás/Munkakör:.....

Dátum (saját kezűleg):.....

A tájékoztatót végző orvos aláírása

Dátum (saját kezűleg):.....

Résztvevő aláírása

¹ **Korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen résztvevők esetén a törvényes képviselő tölti ki**

Aláírással kijelentem, hogy a beteg törvényes képviselőjeként jelen tájékoztatót elolvastam és annak egy eredeti példányát átvettem:

A törvényes képviselő neve *(nyomtatott betűkkel)*¹: _____

A törvényes képviselő aláírása: _____

Aláírás dátuma *(saját kezűleg)* _____

Anyja neve: _____

Születési hely és idő: _____

Szem. ig. szám: _____

Lakcím: _____