

Beleegyező nyilatkozat

beavatkozással nem járó vizsgálathoz

14 év alatti gyermekek szülő/gondviselője számára SupraCondylaer Humerus törés regiszter adatgyűjtéshez

1. A kutatás azonosító adatai:

A téma címe: „SupraCondylaer Humerus törött gyermekek országos adatbázisa (SCH regiszter): Prospektív adatgyűjtés supracondylaer humerus törött gyermekek klinikai jellemzőiről és betegségük kimeneteléről”

A kérelmező neve, munkaköre és beosztása: Dr. Józsa Gergő, gyermeksebész szakorvos, egyetemi tanársegéd

2. Egészségügyi intézmény megnevezése

Pécsi Tudományegyetem Klinika Központ, Gyermekgyógyászati klinika, Manuális Tanszék, Sebészeti osztály

3. A résztvevő, illetve törvényes képviselőjének adatai

A vizsgálatban résztvevő adatai

Név:.....
Anyja neve:
Születési idő:.....
Születési hely:.....
TAJ szám:.....
Lakcím:

A törvényes képviselő azonosító adatai:

Név:.....
Anyja neve:
Születési idő:.....
Születési hely:.....
Lakcím:

Elérhetőség (telefonszám, email):.....

4. A kutatás vezetőjének, illetve a tájékoztatást adónak a neve, beosztása, munkaköre

A kutatás vezetőjének neve: Dr. Józsa Gergő
Beosztása és munkaköre: egyetemi tanársegéd, koordináló vizsgálatvezető
A tájékoztatást adó neve:
Beosztása és munkaköre:

1. Kijelentem, hogy részletes tájékoztatást kaptam a vizsgálat céljáról, módszereiről, előnyeiről és kockázatairól.
2. Kijelentem, hogy a vizsgálatban gyermekem szabad elhatározásunkból vesz részt. Megértettem, hogy beleegyezésemet bármikor szóban vagy írásban, indoklás nélkül visszavonhatom anélkül, hogy a döntésem hátrányosan befolyásolná gyermekem további orvosi kezelését.
3. Megértettem, hogy gyermekem személyes adatait a vizsgálat során a helyi adatvédelmi szabályok és rendeletek betartásával, bizalmasan kezelik. Tudomásul veszem, hogy a gyermekemre vonatkozó orvosi feljegyzések egy részébe a vizsgálatban résztvevő személyek betekintenek, ehhez hozzájárulok.
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 más hazai és külföldi kutatókhoz továbbíthatók, akik ezeket előre meghatározott kutatási célra felhasználhatják.
6. Hozzájárulok, hogy a jövőben a kutatásban résztvevők a megadott elérhetőségeimen megkeressenek, a vizsgálatához szükséges további információk beszerzése céljából.

Az aláírással egyidejűleg a beleegyző nyilatkozat és a betegtájékoztató egy-egy eredeti példányát átvettem.

Dátum (saját kezűleg).....
.....
Szülő/ törvényes képviselő aláírása

Dátum (saját kezűleg).....
.....
tájékoztatót végző orvos aláírása

Amennyiben a résztvevő vagy a törvényes képviselő nem tud olvasni, akkor szükséges két tanú jelenléte és aláírása az érvényes beleegyző nyilatkozathoz.

Alulírott tanúk, aláírásunkkal igazoljuk, hogy a vizsgálatba bevonni kívánt személy, illetve törvényes képviselője számára minden lehetséges információt megadtak, és a bevonni kívánt személy és/vagy törvényes képviselője önkéntesen és befolyásolástól mentesen adta meg a részvételbe történő beleegyzését.

.....
tanú aláírása

.....
tanú aláírása

Név:

Név:

Lakcím:

Lakcím:

Szem. ig. szám:

Szem. ig. szám:

