

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

(18 évnél fiatalabb (kiskorú) személy)

**A vizsgálat címe: A gyulladós bélbetegségek (IBD) epidemiológiájának, genetikai hátterének, klinikai jellemzőinek és a kezelés hatékonyságának vizsgálata – IBD regiszter (multicentrikus, prospektív obszervációs klinikai 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 IBD 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 vizsgálatához szükséges további információk beszerzése céljából.

A felvilágosítást végző személy:.....

Munkahely:.....

Beosztása/munkakör:.....

Dátum.....  
Tájékoztatót végző orvos aláírása

Dátum.....  
Részvevő aláírása (14 év felett)

**18 évnél fiatalabb (kiskorú) véleményalkotásra és helyzetértékelésre képes személy esetén**

Gondviselő neve: .....

Gondviselő címe: .....

Dátum.....  
Gondviselő aláírása