

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

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

A vizsgálat címe: Pancreas Cystosus Neoplasztikus Térfoglalások (PCN) endoszkópos ultrahang (EUH) vizsgálata – PCN 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:.....-.....-.....
Elérhetőség (telefonszám, e-mail cím):.....

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 PCN regiszterhez történő adatgyűjtés során a rólam nyert adatok, eredmények, beleértve a hosszútávú kórlefolyást, 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:.....

Munkahelye, beosztása/munkakör:.....

Tájékoztatást végző orvos aláírása:.....

Dátum (saját kezűleg).....

Résztevő/törvényes képviselő/hozzátartozó aláírása:.....

Dátum (saját kezűleg)

Aláírással kijelentem, hogy a beteg **hozzátartozójaként/törvényes képviselőjeként** jelen beleegyező nyilatkozatot elolvastam és annak egy eredeti példányát átvettem:

A hozzátartozó/ törvényes képviselő neve (nyomtatott betűkkel):.....

A hozzátartozó/ törvényes képviselő aláírása:.....

Aláírás dátuma (sajátkezűleg):.....

Anyja neve: Születési hely és idő:.....

Szem. ig. szám:.....

Lakcím:.....

Alulírott tanúk, aláírásunkkal igazoljuk, hogy a vizsgálatba bevonni kívánt személy **hozzátartozója/törvényes képviselője** a vizsgálattal kapcsolatos tájékoztatást megkapta, valamint a beleegyezését adta.

.....

.....

1. tanú aláírása

2. tanú aláírása

Név:

Név:

.....

Lakcím:

Lakcím:

Szem. ig. szám:

Szem. ig. szám: