

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

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

A vizsgálat címe: A gasztrointesztinális vérzések epidemiológiájának, rizikófaktorainak, klinikai jellemzőinek és a kezelés hatékonyságának vizsgálata – Vérző-regiszter (multicentrikus, prospektív obszervációs klinikai vizsgálat)

Intézmény:.....

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 Vérző 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.

Dátum:

A tájékoztatást végző személy:

Neve:

Munkahelye, beosztása/munkakör:

Aláírása:

Résztevő aláírása:

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:.....

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

Név:

Lakcím:

Szem. ig. szám:

2. tanú aláírása

Név:

Lakcím:

Szem. ig. szám: