

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

(18 évnél idősebb cselekvőképes személy)

A kutatás azonosító adatai

A kutatás címe: „**Krónikus rinoszinuszitisz nemzeti regiszter – Hungarian CRS Registry**”

Kutatásvezető: **Prof. Dr. Lujber László**, Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Fül-Orr-Gégészeti és Fej-, Nyaksebészeti Klinika, 7621 Pécs, Munkácsy Mihály u. 2. és **Prof. Dr. Hegyi Péter**, Semmelweis Egyetem Transzlációs Medicina Központ, 1085 Budapest, Üllői út 26.

A kutatás megkezdéséhez szükséges etikai engedélyt a **Nemzeti Népegészségügyi Központ (NNK)** adta ki, az alábbi iktatószámmal: **15202-5/2023/EÜIG**

Intézmény:

Tájékoztatást végző személy

Név:

Beosztás: **Munkakör:**.....

Résztvevő

Név: **Születési hely, idő:**

TAJ szám:..... **E-mail:**

Telefonszám: **Lakcím:**

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 vizsgálatban 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 vizsgálathoz szükséges további információk beszerzése céljából.

Dátum:

.....
tájékoztatást végző orvos aláírása

.....
résztvevő aláírása