

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
(18 évnél fiatalabb (kiskorú) személy)

A kutatás azonosító adatai

A kutatás címe: „**Hemokultúra regiszter** (egycentrumú, prospektív és retrospektív klinikai vizsgálat)”
Kutatásvezető: Prof. Dr. Hegyi Péter, témavezető, Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar,
Transzlációs Medicina Intézet, 7624 Pécs, Szigeti út 12. II. emelet.
A kutatás megkezdéséhez szükséges etikai engedélyt az **Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutásetikai Bizottsága (ETT-TUKEB)** adta ki, az alábbi iktatószámmal:

Intézmény:

Tájékoztatást végző személy

Név:.....

Beosztás:..... **Munkakör:**.....

Résztvevő

Név:..... **Születési hely, idő:**

TAJ szám:..... **Anyja neve:**

Telefonszám:..... **Lakcím:**

Gondviselő/törvényes képviselő

Név:..... **Születési hely, idő:**.....

Anyja neve:..... **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 vizsgálatához 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.

Dátum:.....

.....

tájékoztatást végző orvos aláírása

résztevő aláírása

Gondviselő/törvényes képviselő aláírása: