**BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT**

**(18 évnél idősebb cselekvőképes személy)**

**A kutatás azonosító adatai**

A kutatás címe: **„Szisztémás sclerosishoz társuló interstitalis pneumonitis - Systemic sclerosis associated interstitial pneumonitis – HARMONY regiszter”**

Kutatásvezető: Dr. Kumánovics Gábor, Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Reumatológiai és Immunológiai Klinika, 7632 Pécs, Akác u. 1. és Prof. Dr. Hegyi Péter, 7624 Pécs, Szigeti út 12.

A kutatás megkezdéséhez szükséges etikai engedélyt a Nemzeti Népegészségügyi Központ Egészségügyi Igazgatási Főosztálya (NNK EÜIG) adta ki, az alábbi iktatószámmal:

**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 vizsgálathoz 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 részvevők a megadott elérhetőségiemen megkeressenek, a vizsgálathoz szükséges további információk beszerzése céljából.

Dátum:

 **tájékoztatást végző orvos aláírása résztvevő aláírása**