

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

(18 évnél idősebb cselekvőképes személy)

### A kutatás azonosító adatai

A kutatás címe: „Magyar Rheumatoid Arthritis regiszter (HURRA) - HUNgarian Rheumatoid Arthritis registry”

Kutatásvezető: **Prof. Dr. Nagy György**, témavezető, Semmelweis Egyetem, Reumatológiai és Klinikai Immunológiai Tanszék, 1023. Budapest Árpád fejedelem útja 7. és **Prof. Dr. Hegyi Péter**, témavezető, Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kart, Transzlációs Medicina Intézet, 7624. Pécs Szigeti út 12. A kutatás megkezdéséhez szükséges etikai engedélyt a **Nemzeti Népegészségügyi Központ (NNK)** adta ki az alábbi iktatószámmal

Intézmény: .....

### Tájékoztatást végző személy

Név: .....

Beosztás: ..... Munkakör: .....

### Résztevő

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 résztvevők a megadott elérhetőségeimen megkeressenek, a vizsgálatához szükséges további információk beszerzése céljából.

Dátum: .....

.....  
**tájékoztatást végző orvos aláírása**

.....  
**részvevő aláírása**