

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

1. A kutatás azonosító adatai:

A vizsgálat címe: **Endoscopos sphincterotomia cholecystectomy** késleltetésére enyhe **biliáris pancreatitisben** (EMILY study - Endoscopic sphincterotomy for delay in cholecystectomy in mild acute biliary pancreatitis)

Randomizált, kontrollált, beavatkozással járó klinikai vizsgálat

A kérelmező neve, munkaköre és beosztása: Prof. Dr. Hegyi Péter tanszékvezető egyetemi tanár

2. Egészségügyi intézmény megnevezése

Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Sebészeti Klinika és I. sz. Belgyógyászati Klinika

3. A kutatás vezetőjének, illetve a tájékoztatást adónak a neve, beosztása, munkaköre

A kutatás vezetője: Dr. Kucserik Levente-Pál

Munkahely: Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Sebészeti Klinika

Beosztása/munkakör: Általános sebész rezidens

A tájékoztatást végző személy:.....

Munkahely: :.....

Beosztása/munkakör:.....

4. A résztvevő adatai

NÉV:

Lakcím:

Anyja neve:.....

Születési hely és idő:

TAJ szám:.....-.....-.....

Elérhetőség:.....

Alulírott a fenti vizsgálatban való részvételemet vállalom, abba beleegyezem.

1. Elolvastam és megértettem a tájékoztató adatlapot, lehetőségem volt kérdéseket feltenni és azokra mindenben kielégítő választ kaptam.
2. Kijelentem, hogy a vizsgálatban önként, szabad elhatározásomból, befolyástól mentesen veszek részt, bármikor szabadon, indoklás nélkül, szóban vagy 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 személyes adataimat nem tartalmazó, a vizsgálat során gyűjtött adataimat elemzésekre felhasználják, azokat orvosi szaklapban közölik.
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 (saját kezűleg).....

.....
Tájékoztatót végző orvos aláírása

Dátum (saját kezűleg)

.....
Résztevő aláírása