



BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

(18 évnél idősebb cselekvőképes/korlátozottan cselekvőképes/cselekvőképtelen személy)

1. A kutatás azonosító adatai:

Korai zsírsav elimináció hatása a hipertrigliceridémia indukált heveny hasnyálmirigy gyulladás lefolyására – ELEFANT klinikai vizsgálat

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

2. Egészségügyi intézmény megnevezése

Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ I. sz. Belgyógyászati Klinika Transzlációs Medicina Tanszék

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

A kutatás vezetője: Prof. Dr. Hegyi Péter

Munkahely: Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ I.sz.

Belgyógyászati Klinika Transzlációs Medicina Tanszék

A tájékoztatást végző személy:.....

Munkahely: :.....

Beosztása/munkakör:.....

4. A résztvevő adatai

NÉV:

Lakcím:

Anyja neve:.....

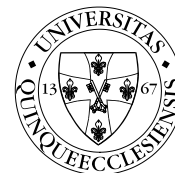
Születési hely és idő:

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.

A jelen nyilatkozatban foglaltakat megértettem, tudomásul vettem és aláírásommal hitelesítem.

Résztvevő aláírása:.....

Dátum (saját kezűleg):.....

Aláírásommal kijelentem, hogy a beteg **törvényes képviselőjeként** jelen tájékoztatót elolvastam és annak egy eredeti példányát átvettem:

A törvényes képviselő neve (nyomtatott betűkkel):.....

A törvényes képviselő aláírása:.....

Aláírás dátuma (sajátkezűleg):.....

Anyja neve: Születési hely és idő:.....

Szem. ig. szám:.....

Lakcím:.....

Alulírott tanúk, aláírásunkkal igazoljuk, hogy a vizsgálatba bevonni kívánt személy **hozzátartozója/törvényes képviselője** a vizsgálatkal kapcsolatos tájékoztatást megkapta, valamint a beleegyezését adta.

.....
1. tanú aláírása

.....
2. tanú aláírása

Név:

Lakcím:

Szem. ig. szám:

Név:

Lakcím:

Szem. ig. szám: