



SEMELWEIS EGYETEM  
Pankreász Betegségek Intézete

Igazgató  
Prof. Dr. HEGYI PÉTER

## BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT (18 évnél idősebb cselekvőképes személy)

### A kutatás azonosító adatai

A kutatás címe: „Személyre szabott fájdalom kezelés krónikus hasnyálmirigy gyulladásban szenvedő betegeknel” .....

Kutatásvezető: **Prof. Dr. Hegyi Péter**, témavezető, Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Pankreász Betegségek Intézete, 1083 Budapest, Tömő utca 25-29. ....

A kutatás megkezdéséhez szükséges etikai engedélyt az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatás-etikai Bizottsága (ETT TUKEB) 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 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.



SEMELWEIS EGYETEM  
Pankréász Betegségek Intézete

*Igazgató*  
**Prof. Dr. HEGYI PÉTER**

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**