

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

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

A vizsgálat címe: A nyelőcsőrákok epidemiológiájának, rizikófaktorainak, klinikai jellemzőinek és a kezelés hatékonyságának vizsgálata – Nyelőcsőrák-regiszter

Alulírott a fenti vizsgálatban való részvételemet vállalom, abba beleegyezem.

NÉV:

Lakcím:

Anyja neve:.....

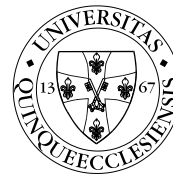
Születési hely és idő:

TAJ szám:.....-.....-.....

Betegazonosító:

Elérhetőség:.....

1. Elolvastam és megértettem a tájékoztató adatlapot, lehetőségem volt kérdéseket feltenni és azokra mindenben kielégítő választ kaptam.
1. 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.
2. Tudomásul veszem, hogy a rám vonatkozó orvosi feljegyzések egy részébe a vizsgálatban résztvevő személyek betekintenek, ehhez hozzájárulok.
3. Beleegyezem, hogy a nyelőcsőrák regiszterhez 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.
4. Tudomásul veszem, hogy a vizsgálatokban való részvételért anyagi juttatásban nem részesülök.
5. 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.
6. Hozzájárulok ahhoz, hogy a jövőben a kutatásban résztvevők a megadott elérhetőségiemen megkeressenek, a vizsgálathoz szükséges további információk beszerzése céljából.



A felvilágosítást végző személy:.....

Munkahely:.....

Beosztása/munkakör:.....

Dátum (saját kezűleg).....

.....
Tájékoztatást végző orvos aláírása

Dátum (saját kezűleg)

.....
Résztevő/törvényes képviselő aláírása

