

## **Beleegyező nyilatkozat**

### **a Harkányi Termál Rehabilitációs Centrumban végzett vizsgálathoz**

#### **(a vizsgálat részletes leírását a betegtájékoztató tartalmazza)**

Név:.....  
Lakcím:.....  
Anyja neve: .....  
Születési hely, idő: .....  
TAJ szám: .....

A csatolt tájékoztatót elolvastam, kérdéseket tehettem fel, erre a felvilágosítást adó személy számomra kielégítő válaszokat adott. A tájékoztatóban foglaltakat megértettem.

Hozzájárulok az általam szolgáltatott biológiai minta és az abból származó adatok felhasználásához. A biológiai mintám és az abból származó adatok a személyazonosító adataimmal együtt kódolt formában történő tárolásához hozzájárulok. A biológiai mintáimból nyert adatok tudományos céllal történő feldolgozásához, és azok szakdolgozatban vagy tudományos írásban, a résztvevők nevének említése nélkül történő közléséhez hozzájárulok.

A beleegyezésemet jogomban áll bármikor visszavonni további indoklás, illetve bármiféle, a jövőbeni orvosi ellátásomat érintő hátrányos következmény nélkül. Ezt írásban tehetem meg.

Tudomásul veszem, hogy a vizsgálatokban való részvételért anyagi juttatásban nem részesülök. Tudomásul veszem továbbá, hogy a megfelelő, hatóságilag szabályozott ellenőrzés mellett a vizsgálati eredmények és a minták más hazai vagy külföldi kutatókhoz továbbíthatók, akik ezeket előre meghatározott kutatás-fejlesztési célra felhasználhatják. Ennek kapcsán semmiféle személyes anyagi követelést nem támaszthatok.

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

Dátum: .....  
Érintett (vagy Törvényes Képviselője) aláírása

A felvilágosítást végző személy (név, beosztás): .....

Dátum:.....  
Felvilágosítást végző személy aláírása