

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

18 év felettek részére

Vizsgálók által indított beavatkozással nem járó klinikai vizsgálat

Centrumszám: Sorszám: Beteg nevének kezdőbetűi:

A vizsgálat címe: Az inzulinpumpa kezelés hatékonyságának beavatkozással nem járó vizsgálata 1-es típusú (T1DM) cukorbetegség körében

A vizsgálat rövid neve: Inzulinpumpa kezelés hatékonyság vizsgálata

A vizsgálat kódja: DIAB_IP01/2018

Ahhoz, hogy részt vehessen a vizsgálatban, valamint engedélyezze az Ön egészségügyi adatainak felhasználását és kiadását harmadik fél számára, aláírással és dátummal kell ellátnia a jelen Beleegyező nyilatkozatot.

Alulírott a jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem:

- A Betegtájékoztató (verzió: v02, dátum 2018.005.24) és a Beleegyezési nyilatkozat minden információját elolvastam, valamennyi kérdésemre kielégítő választ kaptam, és elegendő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy a kérdéseimet feltegyem, és a válaszokat megfontoljam;
- Önkéntesen, befolyástól mentesen döntöttem úgy, hogy részt veszek a jelen vizsgálatban vagy hozzájárulok gyermekem-gondozottam részvételéhez
- Megértettem, hogy jelen vizsgálatból bármikor szabadon kiléphetek vagy gyermekem-gondozottam kiléphet.
- Engedélyezem, hogy a vizsgáló orvos felhasználja, és harmadik fél számára kiadja a rám vonatkozó egészségügyi adatokat olyan feltételekkel, ahogyan azok a Betegtájékoztatóban szerepelnek;
- A Betegtájékoztató és a Beleegyező nyilatkozat egy-egy eredeti, aláírt példányát átvettem.

A beteg

neve (nyomtatott betűkkel): _____

születési helye és ideje: _____

aláírása: _____

dátum (saját kezűleg): _____

A vizsgálati hely/intézmény

neve: _____

címe: _____

A vizsgáló orvos

neve: _____

beosztása: _____

aláírása: _____

dátum: _____