**Beleegyező Nyilatkozat**

Vizsgálóhely neve: OMINT- Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet

Vizsgálatvezető neve és beosztása:

A tájékoztatást végző személy neve, beosztása, munkaköre:

Beteg neve:

Anyja neve:

Születési helye, ideje:

TAJ száma:

Lakcíme:

Én, …………………………………………………………………………………., mint cselekvőképes személy, szóbeli és írásbeli tájékoztatást kaptam a ……………………………………………vizsgálat céljáról, menetéről, a tervezett beavatkozásokról, a lehetséges mellékhatásokról és veszélyekről.

A mellékelt betegtájékoztatót elolvastam és megértettem. Beleegyezem a vizsgálatban való részvételbe. Részvételem teljesen önkéntes és befolyásolástól mentes. Beleegyezésemet szóban vagy írásban indoklás nélkül a vizsgálat végéig bármikor visszavonhatom.

Kérdéseimre a vizsgálattal kapcsolatban kielégítő válaszokat kaptam.

Ezen írásos Beleegyezési Nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy személyes adataimat a Betegtájékoztatóban leírt módon használják fel.

Aláírásommal igazolom, hogy a Betegtájékoztató és az Írásos Beleegyezési Nyilatkozat egy példányát kézhez kapom.

Fent említett dokumentációk második példányát a résztvevő egészségügyi dokumentációjában a vizsgálatot végző őrzi meg.

Budapest, 20….…. ………………

……………………………………… ……………………………………..

beteg kutatásvezető/ tájékoztató személy