**Beleegyező Nyilatkozat – nem cselekvőképes személy esetén**

**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:

**A törvényes képviselő**:

Anyja neve:

Születési helye, ideje:

TAJ száma:

Lakcíme:

Én, ……………………………………………………………………………………………………………kijelentem, hogy a „…………………………………………………………………………………………………..” vizsgálatának céljáról, menetéről, a tervezett beavatkozásokról, a lehetséges mellékhatásokról és veszélyekről szóbeli és írásbeli tájékoztatást kaptam. A mellékelt betegtájékoztatót elolvastam és megértettem, beleegyezem a beteg vizsgálatban való részvételébe.

A beleegyezést a beteg vagy törvényes képviselője szóban vagy írásban indoklás nélkül a vizsgálat végéig bármikor visszavonhatja.

A felmerülő kérdésekre a vizsgálattal kapcsolatban kielégítő válaszokat kaptunk.

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

Aláírásunkkal igazoljuk, hogy a Betegtájékoztató és az Írásos Beleegyezési Nyilatkozat egy példányát kézhez kaptuk.

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

Budapest, 20…. ………….

 ……………………………………………..

 törvényes képviselő

…………………………………………..

kutatásvezető/

tájékoztató személy