

Razı olma / onaylama bildirisi

DSD-araştırma projelerinde ulusal ve uluslararası katılım onaylama / razı olma bildirisi.

Hastanın adı ve soyadı

Ben ayrıntılı şekilde, sözlü ve yazılı bu araştırmanın hedefinin, yönteminin ve mümkün olan risklerinin ve muayenelerin avantajlarının ve yararlarının hakkında aydınlatıldım.

DSD-araştırma çerçevesinde ulusal ve uluslararası araştırma gruplarının (son duyuru haberi: 26.02.2008) hastalar, veliler, eğitim yetkilerine, bağışlayıcılar için olan aydınlatma formunu aldım, okudum ve içindekilerini anladım.

Muayene eden doktorumla bilgilerindirici şekilde konuştum. Bütün sorularım benim memnuniyetime cevaplandı.

Bu araştırmada benim veya çocuğumun katılımını kendi rızamla kabul ettiğimi ve her zaman rızamı sebep vermeme şartıyla iptal etme imkanımın olduğundan bilincindeyim.

Bu verilmiş olan rızanın iptalından ve katılmaktan vaz geçmesinden dolayı bana veya çocuğuma tıbbi tedavi zarar doğmayacağından bilgilendirildim.

Eğer bağışlayıcı bilgi koruma yönergesinden veya vücuten zarar göreceğ olursa UK-Schleswig-Holstein'nın mali mesuliyet sigortası tüm zararları karşılayacak.

Benim veya çocuğumun klinik bilgilerini ve numunelerini DSD-araştırmasında kullanılmasını kabul ediyoruz.

Katılımınızı kısıtlamak istiyorsanız, lütfen bize bildirin. İncelemeye katılmak istiyorsanız lütfen **'Evet'** diye işaretleyiniz. Sizin veya çocuğunuzun bilgilerini veya numune malzemelerinin kullanımını kısıtlamak istiyorsanız **'Hayır'** diye işaretleyiniz.

Benim veya çocuğumun bilgilerini ve numulerini şifreli şekilde kullanılmasını kabul ediyorum.

evet

hayır

Hemen kullanılmayan numune malzemelerini uzun vade (en fazla 40 senede sınırlı) depo edilmesini kabul ediyorum. Malzemeleri sadece DSD-araştırmasında kullanılacağını kabul ediyorum.

evet

hayır

Malzemelerin inceleme çerçevesinde ulusal ve uluslararası, gerekirse yurtdışındaki bilim adamlarına ve doktorlara ulaşılmasını kabul ediyorum.

evet

hayır

Benim tıbbi bilgilerimin şifreli-numaralı şekilde yerel bilgisayara yüklenmesini kabul ediyorum. Tabiki bilgi koruma hakkı mevcuttur.

evet

hayır

Benim tıbbi bilgilerimin şifreli-numaralı şekilde avrupa bilgi bankasına yüklenmesini kabul ediyorum. Tabiki bilgi koruma hakkı mevcuttur.

evet

hayır

UK-SH'nın benim bilgilerimi ve numune malzemelerimi ticari amaçla kullanmasını kabul ediyorum. (açıklamasını broşürde göre bilirsiniz).

evet

hayır

DSD-araştırmasının sonuçlarından benim için önemli sonuçlar ortaya çıkacak olursa, beni tedavi eden doktor'dan bilgilerin istiyorum.

evet

hayır

İmzama kendimin veya çocuğumun bu DSD-araştırma çerçevesinde olan projeye gönüllü olarak katılıyorum. Aydınlatma formunun ve razi olma / onaylama bildirisinin kopyası bana verildi.

Mevki, tarih ve yetişkin karar sahibi olan hastanın imzası

Mevki, tarih ve annenin, eğitim yetkili'nin veya vekilin imzası

Mevki, tarih ve babanın, eğitim yetkili'nin imzası

Mevki, tarih ve aydınlatan, bilgilendiren doktorun imzası