

Tıbbi araştırmalar yapmak amacıyla biyolojik materyallerin ve sağlıkla ilgili verilerin kullanımı için muvafakat beyanı

Hastanın soyadı ve adı:

Doğum tarihi:

İşbu yazıyla,

- sağlıkla alakalı verilerimin (örneğin hasta dosyamın) araştırma amacıyla kullanılmasını kabul ediyorum. Bununla ilgili olarak tedaviyi yapan hekimleri gizlilik maddesi ilkesinden muaf tutuyorum.
- Ayrıca teşhis ve tedavi amacıyla Insel Grubunda alından biyolojik materyalimin ve muhtemel mevcut genetik verilerimin araştırmalar yapmak amacıyla kullanılmaya devam edilmesini kabul ediyorum.

İşbu yazıyla

- bu muvafakat beyanına ait bilgi sayfasını aldığımı (2016 şubat tarihli versiyon V1.0) ve ilave bilgi broşürünü (2016 şubat tarihli versiyon 4.0) talep etme hakkımın bulunduğunu,
- biyolojik materyallerin ve sağlıkla ilgili verilerin tıbbi araştırmalar yapmak amacıyla kullanılacağı noktasın bilgilendirildiğimi,
- soru sorma imkanımın bulunduğunu ve sorularımın tatmin edici şekilde cevaplandığını,
- muvafakatimin gön¼ll¼ olduğunu ve bununla ilgili bana fayda sağlanmayacağını ya da zarar gelmeyeceğini,
- bu muvafakat beyanını istediğim zaman herhangi bir neden belirtmeksizin geri çekebileceğimi,
- biyolojik materyallerimin ve verilerimin yalnızca anonim veya şifrenlenmiş şekilde yurtiçinde ve yurtdişinde bulunan başka kurumlara araştırma amacıyla verilebileceğini bildiğimi,
- kendi sağlığım dahi söz konusu olsa bile araştırma sonuçları hakkında bilgilendirilmeyeceğimi bildiğimi onaylıyorum ve kabul ediyorum.

Yer, tarih:

Hastanın imzası:

ve/veya

Yer, tarih:

Yasal velinin imzası (soyadı ve adı, imza):

Ayrıntılı bilgiler için hekiminize ya da Eğitim ve Araştırma M¼d¼rl¼đ¼ne başvurun.