

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Alulírott , a.n., szül.
helye és ideje lakcíme
....., TAJ száma ezennel
kijelentem, hogy a Magyar Hypertonia Társaság által kezdeményezett „**Május a
vérnyomásmérés hónapja** (MMM17-HU MHT/2017-1)” című vizsgálatban való
részvételbe beleegyezem. A betegtájékoztató nyomtatványt elolvastam, és az abban
foglaltakat tudomásul veszem. Kijelentem, hogy nagykorú és cselekvőképességében nem
korlátozott személy vagyok, jelen nyilatkozatomat önként, befolyásolástól mentesen írom alá.
Tudomásul veszem, hogy személyes adataimat csak a vizsgálat során használja
kezelőorvosom és az adataimat rögzítő komputer program, az előírt adatkezelési és titoktartási
szabályok mellett. A vizsgálatot követően személyes adataimat nem rögzítik, adataim kóddal
és összesítve kerülnek statisztikai feldolgozásra. Tudomásul veszem, hogy jelen vizsgálatban
anyagi ellenszolgáltatás nélkül veszek részt, valamint hogy jelen beleegyző nyilatkozatot
akár szóban, akár írásban, indoklás nélkül bármikor visszavonhatom.

....., 2017.

a beteg aláírása

A vizsgálat vezetője:

Prof. Dr. Kiss István, a Magyar Hypertonia Társaság elnöke

Elérhetősége: Szent Imre Egyetemi Oktató Kórház

1115 Budapest, Tétényi út 12-16., Tel: 06-1-464-8713

A vizsgálat helye:

.....

A vizsgálatot végző személy:

.....

Elérhetősége:

A beteget a vizsgálatról tájékoztató/felvilágosító neve:

Elérhetősége:

Előttünk, mint tanuk előtt:

NÉV
LAKCÍM
Szemig.szám

NÉV
LAKCÍM
Szemig.szám

aláírás

aláírás