

Muvafakat Beyanı

Hastanın soyadı ve adı:

Doğum tarihi:

Lütfen işaretleyin (çarpısız bir muvafakat beyanı her iki alan için geçerlidir):

 Tıbbi araştırmalar yapmak için biyolojik materyallerin ve sağlıkla ilgili verilerin kullanımı amacıyla (bilgi sayfası sayfa 1 veya broşür bölüm A)

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 kullanılmasına devam edilmesini kabul ediyorum.

 Liquid BioBank Bern için ilave kan alımı amacıyla (bilgi sayfası sayfa 2 veya broşür bölüm B)

İşbu yazıyla,

- araştırma amacıyla bir kereye mahsus ilaveten benden kan alınmasını (maksimum 20 mililitre, iki tüpe denktir) kabul ediyorum. Kan alımı şu şekilde yapılacaktır:
 - düzenli bir kan alımı kapsamında (ilave tüpler, ayrıca „iğne batırmadan“)
 - mevcut damar sondajı üzerinden (Venflon, ayrıca „iğne batırmadan“)
 - ilave kan alımı (yukarıda bahsi geçen iki türden hiçbir mümkün değilse)
- ayrıca gerekirse kan alımıyla birlikte aşağıdaki bilgilerin de alınabileceğini kabul ediyorum: Boy / kilo / etnisite (köken, örn. beyaz tenli)

İşbu yazıyla

- bu muvafakat beyanına ait bilgi sayfasını aldığımı (2016 Şubat tarihli versiyon V1.0) ve ilave bilgi broşürünü (2016 Şubat tarihli versiyon 2.0) 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 cevaplandırıldığını,
- muvafakatimin gönüllü 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 şifrelenmiş şekilde yurtiçinde ve yurtdışında bulunan başka kurumlara araştırma amacıyla verilebileceğini bildiğimi,
- Liquid Biobank Bern tüzüğünü istediğim zaman www.biobankbern.ch altında erişilebilir olduğunu bildiğimi,
- kendi sağlığım dahi söz konusu olsa bile araştırma sonuçları hakkında bilgilendirilmeyeceğimi bildiğimi onaylıyor 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 Müdürlüğüne başvurun.