

## Hozzájáruló Nyilatkozat

### A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő kezelésében lévő egészségügyi adatok bekéréséhez

Protokoll száma (ha van ilyen): .....

**Vizsgálat címe:** Semmelweis Study – a Semmelweis Egyetem munkavállalóinak  
prospektív, kohorsz vizsgálata

Betegtájékoztató  
dátuma:

Betegtájékoztató .....  
verziószáma:

Megbízó: .....

Forrás: Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő által elfogadott  
Hozzájáruló nyilatkozat

Protokoll szám:

NEAK Hozzájáruló nyilatkozat

Protokoll száma:

Beteg száma: .....

**Vizsgálat címe: Semmelweis Study** - a Semmelweis Egyetem munkavállalóinak prospektív, kohorsz vizsgálata

### HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

Alulírott (név).....

Anyja neve: .....

TAJ szám:.....

Születési hely és

idő.....

Lakcím:

.....

kijelentem, hogy önként, befolyástól mentesen, annak tudatában, hogy azt bármikor szóban vagy írásban indokolás nélkül visszavonhatom, kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy a Semmelweis Egyetem Semmelweis Study elnevezésű, prospektív kohorsz kutatásában (ETT kutatásetikai engedély szám: .....), amelynek szakmai vezetője Prof. Dr. Tabák Gyula Ádám, beosztása: kutatóprofesszor, főorvos, Népegészségtani Intézet és Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Semmelweis Egyetem ÁOK, egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó adataimat a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőtől bekérje, rögzítse, tárolja, a kutatás céljának megfelelően kezelje .....-tól (dátum) 20 éves időszakra vonatkozóan.

Tudomásul veszem, hogy jelen hozzájárulás visszavonása nem érinti az azon alapuló, visszavonás előtti adatkezelés jogszerűségét.

Az egészségügyi adataimhoz az alábbiaknak lesz teljes körű hozzáférése, akiket teljes körű titoktartási kötelezettség terhel:

- .....

- .....

Kérem, hogy egészségügyi adataimat a kutatás lezárását (előreláthatólag .....)  
követően töröljék.

Protokoll szám: \_\_\_\_\_

NEAK Hozzájáruló nyilatkozat

**Kijelentem, hogy Dr. ....orvostól, beosztása ..... a teljes körű tájékoztatást megkaptam, azt megértettem és ez alapján részt kívánok venni a fent részletezett kutatásban.**

\_\_\_\_\_  
 Beteg neve NYOMTATOTT  
 betűkkel

\_\_\_\_\_  
 Aláírás

\_\_\_\_\_  
 Dátum  
 (A beteg kézírásával)

Beteg születési helye és ideje: \_\_\_\_\_

A tájékoztatást megadtam:

\_\_\_\_\_  
 Tájékoztatást végző orvos neve  
 NYOMTATOTT betűkkel

\_\_\_\_\_  
 Aláírás

\_\_\_\_\_  
 Dátum  
 (Saját kézírásával)

A betegtájékoztatást végző orvos beosztása/munkaköre, bélyegzője:  
 \_\_\_\_\_

Előttünk, mint tanúk előtt:

Név: .....

Név: .....

Lakcím: .....

Lakcím: .....

Szem.ig.

Szem.ig.

Sz.: .....

Sz.: .....

Aláírás: .....

Aláírás: .....