Azonosító _____

Tájékoztató szülő vagy törvényes képviselő részére

Koragyermekkori evés-alvászavar ambulanciánk tevékenységéhez kapcsolódó, az érzelmi és lelki tényezők szerepét is feltáró kutatatásunkban a részvétel **önkéntes.** A beleegyezés bármikor, szóban vagy írásban indokolás és hátrányos következmények nélkül visszavonható.

Az evés- és alvászavar tünetei esetén gyakran felmerül a háttérben fellelhető érzelmi és lelki tényezők szerepe. Ambulanciánkon kutatási tevékenységünk részeként tervezzük e hatások vizsgálatát is. A kutatásba az olyan ambulanciánkra, illetve osztályos kivizsgálásra jelentkező családokat kívánjuk bevonni, ahol a csecsemőnél/kisdednél evés-, illetve alvászavar tünetei állnak fenn. A belgyógyászati vizsgálatot egy szülői kérdőív kitöltése követi adatgyűjtés céljából. Időtartama megközelítően 40 perc és egy alkalommal történik.

A kitöltött kérdőív eredményeinek számítógépes rendszerben való rögzítése és feldolgozása anonim módon (név és személyes adatok nélkül), a kutatásban résztvevő családok teljes csoportjára történik.

A kitöltött kérdőívek felhasználását a szülők beleegyezésével a programban dolgozó konzulensek igényelhetik, azonban a konzultációkat követően azok személyes adatok nélkül, csupán kódszámmal ellátva kerülnek archiválásra, majd csoportos adatelemzésre.

A vizsgálatért felelős személy: Dr Scheuring Noémi, ambulancia vezető főorvos

A programban való részvétel során a munkatársak az eredményekről feljegyzéseket készítenek. Minden kutatási anyagon csakis az azonosító kódszám szerepel. A kódok és a személyes adatok csupán egyetlen dokumentumban szerepelnek együtt, amelyet a kutatás vezetője tárol, titkosan kezel.

A szülő vagy törvényes képviselő a gyermek nevében a fenti tájékoztatást követően - írásos beleegyezését kell adnia a vizsgálathoz.

A program minden munkatársa nevében köszönjük együttműködésüket!

Budapest, 2018-

Dr. Scheuring Noémi

az Ambulancia és a kutatás vezetője

Azonosító _____

Beleegyező nyilatkozat szülő vagy törvényes képviselő részére

Koragyermekkori evés-alvászavar /A protokoll címe és száma:

A vizsgálat helyszíne: Heim Pál Gyermekkórház, Koragyermekkori Evés-alvászavar Ambulancia
(1131 Budapest, Madarász utca 22-24.)

A gyermek neve: _____
Születési helye, ideje: _____
Anyja neve: _____

Kijelentem, hogy áttanulmányoztam a betegtájékoztatót és a beleegyező nyilatkozatot (verzió 1.2, Dátum: 2018.02.01.) és önként, befolyástól mentesen veszünk részt a „Koragyermekkori evés-alvászavar" programban. Az aláírt és dátumozott betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat egy-egy példányát megkaptam.

Igazolom, hogy a vizsgáló orvos elmagyarázta nekem a „Koragyermekkori evés-alvászavar" kutatást, és kérdéseimre kielégítő választ kaptam. Beleegyezek, hogy gyermekem részt vegyen a programban, és megértettem, hogy ez a beleegyezés bármikor, szóban vagy írásban, indoklás nélkül is visszavonható, így gyermekem bármikor szabadon kiléphet.

Kijelentem, hogy a mai napon a fent nevezett gyermek törvényes képviselője vagyok, a szülői felügyeleti jogom felfüggesztve/ korlátozva/ megszüntetve nincs.

A szülő vagy törvényes képviselő a gyermek nevében:
A szülő (**anya**) vagy a gyermek törvényes képviselőjének neve: _____
(megfelelő aláhúzandó) (Nyomtatott betűkkel)
Születési helye, ideje: _____
Anyja neve: _____
Lakcíme: _____

Aláírás: _____
Dátum (saját kezűleg): _____/_____/_____ (nap/hónap/év)

A szülő (**apa**) vagy a gyermek törvényes képviselőjének neve: _____
(megfelelő aláhúzandó) (Nyomtatott betűkkel)
Születési helye, ideje: _____
Anyja neve: _____
Lakcíme: _____

Aláírás: _____
Dátum (saját kezűleg): _____/_____/_____ (nap/hónap/év)

Kérjük, indokolja meg, ha csak egyik szülő írja alá:_____
A **vizsgálat vezetőjének** vagy a tájékoztatást adónak neve és aláírása:_____
Dátum (saját kezűleg): ____/_____/_____ (nap/hónap/év)