**INFORMISANI PRISTANAK**

Ime učesnika istraživanja: _____

Potvrđujem da sam pročitao/-la i shvatio/-la obaveštenje za ispitanike za studiju „Formiranje registara za retke neuromišićne bolesti“. Imao/-la sam mogućnost da razmotrim sve informacije i postavim dodatna pitanja na koja sam dobio/-la odgovarajući odgovor.
Dobrovoljno sam pristao/-la da se podaci o mom detetu/štićeniku unesu u odgovarajući registar uz mogućnost da povučem podatke iz registra u svakom trenutku bez dodatnih obrazloženja, a da pri tom ne bude ugroženo pravo mog deteta/štićenika na zdravstvenu negu kao ni njegova druga prava.
Ovim potpisom pristajem da se podaci mog deteta/štićenika deponuju u odgovarajući registar.
Svestan/-na sam činjenice da ću možda biti kontaktiran/-a ako se pojavi naučno istraživanje ili klinička studija za koje je moje dete/štićenik ciljani ispitanik. Međutim, prihvatam i činjenicu da skladištenje podataka u registru ne podrazumeva automatsko uključivanje u buduća naučna ili klinička istraživanja.
Razumem da će anonimni podaci o mom detetu/štićeniku biti korišćeni za naučna istraživanja, kao i da rezultati ovih ispitivanja ne moraju biti od neposredne koristi za njega ili porodicu.
Potvrđujem da lekar specijalista mog deteta/štićenika može da doda njegove podatke u odgovarajući registar.

Svojim potpisom potvrđujem da dobrovoljno pristajem da moje dete/štićenik bude učesnik studije pod nazivom:

„Formiranje registara za retke neuromišićne bolesti“.

_____ _____

učesnik studije lekar

mesto _____

datum _____