

Újszülöttek szűrővizsgálata spinalis izomatropia –SMA-betegségre

**SZÜLŐI BELEEGYZŐ NYILATKOZAT SPINÁLIS IZOMATROFIA (SMA)
ÚJSZÜLÖTTKORI SZŰRŐVIZSGÁLATÁBA
EGY SZÜLŐ SZEMÉLYES JELENLÉTE ESETÉN**

NYILATKOZAT

Alulírott

Név:.....

Lakcím.....

Szül. hely és idő.....

Anyja leánykori neve.....

Telefonszám, e-mail cím:.....

mint alábbiakban nevezett gyermek

Név(gyermek).....

Lakcím.....

TAJ-szám.....

Szül.hely és idő.....

Anyja leánykori neve.....

törvényes képviselőként eljáró szülő büntető-, polgárjogi felelősségem tudatában
nyilatkozom, hogy a jelen nem lévő másik szülő

Név:.....

Lakcím.....

Szül.hely és idő.....

Anyja leánykori neve.....

Telefonszám, e-mail cím

szülői felügyeleti joggal, egyúttal törvényes képviselői joggal *rendelkezik / nem rendelkezik.*

Újszülöttek szűrővizsgálata spinális izomatropia –SMA-betegségre

Amennyiben a másik szülő szülői felügyeleti joggal, egyúttal törvényes képviseleti joggal rendelkezik, nyilatkozom, hogy a mai napon megtett, a gyermek sorsát, állapotát érintő jognyilatkozatokat önállóan a másik szülő távollétében, tudtával és teljeskörű beleegyezésével teszem meg.

Nyilatkozom továbbá, hogy a klinikai kutatási programban történő részvétellel kapcsolatban a másik szülővel egyetértésben döntöttem, vele való egyeztetésre időt és lehetőséget kaptam.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben a betegellátó tudomására jut, avagy megalapozottan feltételezheti, hogy a szülők között nincs egyetértés a klinikai kutatási programban történő részvétellel és hozzájárulással kapcsolatban, az irányadó jogszabályok alapján köteles gyermekvédelmi jelzéssel élni az illetékes hatóságok irányába.

Kelt:.....év,hó.....nap

.....
szülő/törvényes képviselő

Előttünk, mint tanúk előtt a nyilatkozattevő az okiratot saját kezűleg írta alá:

Tanú 1:

név:.....

Lakó-/tartózkodási hely:
.....

Aláírás:.....

Tanú 2:

név:.....

Lakó-/tartózkodási hely:
.....

Aláírás:.....