****

**Aydınlatılmış Onay Formu**

(Version 1.0, 24. AUG 2015)

(Türkçe çeviri Nov. 2020)

**Kronik ürtiker için hastalık kayıt sistemine katılım**

**(Kronik Ürtiker Kaydı - CURE)**

Bununla birlikte, beyan ederim,

Ad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Soyadı:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doğum tarihi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hasta No:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

bu kayıt çalışmasının (CURE) amaçları, doğası, riskleri ve faydaları hakkında yeterli ve yeterli bilgi sahibi olduğumu ve tüm sorularımı açıklığa kavuşturmak için şansım ve yeterli zamanım olduğunu.

Bu kayıt çalışmasının (CURE) hasta bilgilerini okudum ve anladım ve bu hasta bilgilerinin bir kopyasını kendi kayıtlarım için aldım.

Onayımı herhangi bir olumsuz sonuç olmaksızın ve bu adım için herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan her zaman geri çekebileceğimi biliyorum. Ek olarak, verilerimin daha fazla işlenmesine itiraz edebileceğimi ve verilerimin herhangi bir zamanda silinmesini isteyebileceğimi biliyorum.

Kayıt veri bankasında hakkımda kaydedilen verilerden istediğim zaman haberdar edilme hakkına sahip olduğumu biliyorum.

Kronik ürtiker kaydına (CURE) katılmayı kabul ettiğimi beyan ederim.

**Veri alma ve veri işlemeye ilişkin onay beyanı:**

**Bununla birlikte, verilerimin alınabileceğini, kaydedilebileceğini, elektronik veri depolama cihazlarında takma adla yazılabileceğini ve bu kayıt (CURE) için işlenebileceğini kabul ediyorum. Bununla birlikte, kişisel bilgilerimi bu sonuçlardan çıkarmayı imkansız kılacak şekilde tescillenmiş sonuçlarının yayınlanmasını da kabul ediyorum.**

**Buna ek olarak, yukarıda belirtilen takma ad verilmiş verilerin araştırmanın sponsoruna, ürtiker ağı e.V.'ye iletilebileceğini kabul ediyorum. (UNEV), Charitéplatz 1, 10117 Berlin, Almanya, veri analizleri için.**

**Ayrıca, yukarıda belirtilen anonimleştirilmiş verilerin Avrupa Birliği içindeki ve dışındaki sağlık otoritelerine iletilebileceğini kabul ediyorum.**

**Tarih: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Katılan hastanın imzası**

**Tarih: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Varsa: ebeveynlerin / velinin imzası (yasal temsilci)**

**Tarih: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Varsa: ebeveynlerin / velinin imzası (yasal temsilci)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Yukarıdaki katılımcının bu kayıt çalışmasının (CURE) amaçları, niteliği, riskleri ve faydaları hakkında yeterli ve yeterli şekilde bilgilendirildiğini ve hasta bilgilerinin ve bu yazılı bilgilendirilmiş onamın bir kopyasını aldığını beyan ederim.**

**Tarih: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Araştırmacının imzası / Doktor (CURE’a verileri giren)**

**Bu çalışmanın koordinasyon araştırmacılarına yöneltilen herhangi bir sorunuz varsa, lütfen iletişime geçin:Doc. Dr. Ragıp Ertaş** **Telefon + 0 5334343199, E-posta: ragipertas@yahoo.com PD Dr. med. Karsten Weller, Telefon + 49-30-450-518438, E-posta: karsten.weller@charite.de**