

المشافي الجامعية في بون
مؤسسة حكومية

معهد الوراثة البشرية

المدير: الأستاذ الدكتور ماركوس ماريا نوتن
مشرف أبحاث الإعاقة العقلية: الدكتور رامي أبو جمرة

دراسات وراثية لتأخر التطور الروحي غير التنازري ذي التوريث الجسدي المتنحي

موافقة مستنيرة على المشاركة

اسم صاحب عينة الدم:

تاريخ الميلاد:

(النسخة الاصلية تبقى في الملف ويتم إعطاء نسخة للمريض أو لأهله)

أنا (الاسم والكنية)

أعلن أنني اطّعت على ورقة المعلومات للأهل والأخوة المتعلقة بالدراسات العلمية لـ

„الأسباب الوراثية للتأخر العقلي غير التنازري ذي التوريث الجسدي المتنحي“

واستلمت هذه الموافقة المستنيرة على المشاركة

تمّ اعلامي شفويًا وكتابيًا وبشكل كافي عن الدراسات العلمية المخطط لها.

أعلن موافقتي على سحب عينات دمّ مني ومن ابنتي(تي) لاستخدامها في الدراسات المذكورة أعلاه.

أعلم أنّ بإمكانني في أي وقت ودون تسمية الأسباب أن انسحب من الدراسة وأعلم أنّ ذلك لن يؤدي لأيّ عواقب أو آثار سلبية في العلاج الطبي المستقبلي.

أعلم أنّ طلبتي محو كافة المعلومات عني أو عن ابنتي(تي) سيُلبى في أيّ وقت.

أنا موافقة(ة) على توثيق المعلومات المستقاة عني وعن أولادي وعلى توثيق المعلومات الشخصية المتعلقة في إطار الدراسات العلمية المذكورة. الجهة الباحثة تكفل عدم إعطاء هذه المعلومات لشخص آخر وتكفل أنه في حال النشر العلمي للنتائج لن يكون بالإمكان التعرف على الأشخاص المشاركين في هذه الدراسة. المعلومات الشخصية محمية بالقانون الألماني.

أعلم أنّ عينات الدمّ المسحوبة والمادة الوراثية المستخلصة مخصصة للدراسات العلمية فقط. وأعلم أنّ لا فائدة مادية لي في هذا المجال حتى لو أدت نتائج الدراسات إلى تطوير طرق جديدة للعلاج والتشخيص يمكن الاستفادة الاقتصادية منها.

أنا موافقة على إعطاء أجزاء من المواد المسحوبة للشركاء العلميين داخل وخارج ألمانيا بشكل مُشفر.

أنا موافقة على الاتصال بي مستقبلاً للسؤال عن تطور القصة المرضية.

أنا موافقة على ما تقدم وأكد على ذلك بتوقيعي

تاريخ الميلاد

الاسم والكنية بخط واضح

العنوان

رقم التلفون

توقيع المُشارك

التاريخ

المكان

توقيع ولي الامر

التاريخ

المكان

توقيع الطبيب المشرف

التاريخ

المكان

اسم الطبيب المشرف