**Újszülöttek szűrővizsgálata spinalis izomatrophia –SMA-betegségre**

**SZÜLŐI BELEEGYEZŐ 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 képviseletében 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 képviseleti joggal *rendelkezik / nem rendelkezik*.

**Újszülöttek szűrővizsgálata spinalis izomatrophia –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 az SMA-szűrés klinikai kutatási programban történő részvétellel kapcsolatbana 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:……………………………………. |