**T.C.**

**SAĞLIK BAKANLIĞI**

 **HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİ**M **VE ARAŞTIRMA**

 **HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE**

“………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………….”isimli araştırmamdaki gönüllülere / hastalara ait kişisel bilgilerin gizli tutulacağını, araştırmanın amacı dışında paylaşılmayacağı ve yayınlanmayacağını, araştırma sırasında ve sonrasında meldana gelebilecek araştırmaya bağlı her türlü hukuki yaptırımın olduğumu ve sonuçlarının tazmin edileceğini taahhüt ederim.

 Sorumlu Araştırmacı

#  İmza

 Ek:Retrospektif çalışma Formu

 İletişim Bilgileri: