*(Päiväys, versionumero)*

TUTKITTAVAN SUOSTUMUS

***[*TUTKIMUKSEN NIMI, tulee olla yhdenmukainen tiedotteen kanssa*]***

Minua on pyydetty osallistumaan yllämainittuun tieteelliseen tutkimukseen.

Olen perehtynyt saamaani tutkimustiedotteeseen. Olen saanut riittävästi tietoa tutkimuksesta, sen riskeistä ja haitoista sekä sen yhteydessä suoritettavasta henkilötietojeni keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Tutkimuksen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini. Selvityksen tutkimuksesta antoi minulle ***[****henkilö ja organisaatio****]***.

Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen.

Ymmärrän, että tähän tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Minulla on oikeus kieltäytyä tutkimuksesta tai peruuttaa jo aiemmin antamani suostumus syytä ilmoittamatta, milloin tahansa tutkimuksen aikana. Jos päätän peruuttaa suostumukseni, ilmoitan siitä tutkimushenkilökunnalle.

Tutkimuksesta kieltäytymisestä tai suostumuksen peruuttamisesta ei aiheudu minulle kielteisiä seurauksia eikä se vaikuta asemaani terveydenhuollon asiakkaana. Olen tietoinen siitä, että mikäli peruutan suostumukseni tai osallistumiseni tutkimukseen keskeytyy muusta syystä, siihen mennessä kerättyjä tietojani voidaan edelleen käsitellä tässä tutkimuksessa, mikäli tutkimuksen toteuttaminen vaatii sitä ja lainsäädäntö sallii sen.

**Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti tutkittavaksi sekä ymmärrän, että terveydentilaani koskevia ja muita henkilötietojani käsitellään osana tätä tutkimusta.**

***[****Paikka****]*** *\_\_.\_\_20\_\_* ***[****Paikka****]*** *\_\_.\_\_20\_\_*

**Suostun osallistumaan tutkimukseen:****Suostumuksen vastaanottaja:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tutkittavan allekirjoitus Tutkijan allekirjoitus

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nimenselvennys Nimenselvennys

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Henkilötunnus tai syntymäaika virka/toimi

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Osoite

Alkuperäinen allekirjoitettu suostumusasiakirja jää tutkijalääkärin arkistoon ja tiedote sekä kopio allekirjoitetusta suostumuksesta annetaan tutkittavalle.