

3.9.2021

TUTKITTAVAN SUOSTUMUS

Rannemurtumaleikkauksen jälkeinen kipsihoito verrattuna välittömään liikeharjoitteluun

Minua on pyydetty osallistumaan yllämainittuun tieteelliseen tutkimukseen.

Olen lukenut ja ymmärtänyt saamani tutkimustiedotteen. Olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta henkilötietojeni keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Tutkimuksen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini. Tiedot antoi minulle _____.

Olen saanut riittävät tiedot oikeuksistani tutkittavana, tutkimuksen tarkoituksesta ja sen toteutuksesta sekä tutkimuksen hyödyistä ja riskeistä. Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen.

Ymmärrän, että tähän tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Minulla on oikeus kieltäytyä siitä sekä peruttaa tutkimukseen antamani suostumus milloin tahansa tutkimuksen aikana ilman perusteluja ilmoittamalla siitä tutkimushenkilökunnalle.

Ymmärrän, että tietojani käsitellään luottamuksellisesti. Tutkimuksen yhteydessä henkilötietojani voidaan siirtää tai luovuttaa anonymisoituna, tietoturvallisesti tutkimusryhmän ulkopuolisille tahoille tai EU/ETA-alueen ulkopuolelle tai käyttää tieteellisessä julkaisutoiminnassa tutkimustiedotteessa kuvatulla tavalla.

Tutkimuksesta kieltäytymisestä tai suostumuksen peruuttamista ei aiheudu minulle kielteisiä seurauksia eikä se vaikuta kohteluuni tai saamaani hoitoon millään tavalla. 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 sitä vaatii ja lainsäädäntö sallii sen tai edellyttää sitä.

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

_____.__20__

_____.__20__

Suostun osallistumaan tutkimukseen:**Suostumuksen vastaanottaja:**_____
Tutkittavan allekirjoitus_____
Tutkijan allekirjoitus_____
Nimenselvennys_____
Nimenselvennys_____
Henkilötunnus tai syntymäaika_____
virka/toimi_____
Osoite