

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kayıt Tarihi |  | Fotoğraf |
| TC Kimlik No |  |
| Adı Soyadı |  |
| Cinsiyet | Kadın  Erkek |
| Doğum Tarihi, Yaş |  |
| Eğitim Durumu |  | |
| Meslek |  | |
| Cep Telefonu |  | |
| E-posta |  | |
| İkamet İl/İlçe |  | |
| Sigara Kullanımı | Hayır  Evet  … tarihinden beri içmiyorum. | |
| Araştırmaya Katılım | Hiç katılmadım  … tane araştırmaya katıldım. | |
| Ek Açıklama |  | |
| *Acil Durumlarda Aranacak Kişinin* | | |
| Adı Soyadı |  | |
| Yakınlık Derecesi |  | |
| Cep Telefonu |  | |

*İş bu formu doldurup onaylayıp şahsen imzalayarak ya da imaeh.ikua@saglik.gov.tr adresine mail olarak gönderdiğimde şahsıma ait yukarıdaki verilerin klinik araştırmalara gönüllü olarak dâhil olma sürecinde kullanılmasını kabul beyan ve taahhüt ediyorum.*

İmza İmza

Adı Soyadı Adı Soyadı

İKUA Personeli Gönüllü