

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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