

## Onay Formu

**Bu araştırmaya dahil olmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki ifadelere onay verin.**

1. Bunu okudum, veya bana ana dilimde okundu, ve Katılımcı Bilgi Formunu anlıyorum.	Evet <input type="checkbox"/>	
2. Bu araştırmaya katılmak isteyip veya istemediğimi düşünmem için yeterli zaman verildi.	Evet <input type="checkbox"/>	
3. Soru sorma ve araştırmayı anlamam için yasal temsilci, aile desteğı veya bir arkadaş kullanma fırsatım oldu.	Evet <input type="checkbox"/>	
4. Araştırmayla ilgili verilen cevaplardan memnunum ve bu onay formunun ve bilgi formunun bir kopyasına sahibim.	Evet <input type="checkbox"/>	
5. Telesağılık'in kullanılmasına izin veriyorum - bu çalışma görüşmesinin amacı için görüntülü görüşmenin kullanılması.	Evet <input type="checkbox"/>	
6. Sağıklımla ilgili bilgiler de dahil olmak üzere bilgilerimin toplanması ve işlenmesi için araştırma personeline onay veriyorum.	Evet <input type="checkbox"/>	
7. Araştırma hakkında herhangi bir sorum olursa kiminle iletişime geçeceğimi biliyorum.	Evet <input type="checkbox"/>	
8. Bu araştırmaya katılmanın gönüllü (seçimim) olduğunu ve tıbbi bakımımı etkilemeden herhangi bir zamanda araştırmadan çekilebileceğimi anlıyorum.	Evet <input type="checkbox"/>	
9. Araştırmadan çekilmeye karar verirsem, geri çekildiğim noktaya kadar benim hakkımda toplanan bilgilerin işlenmeye devam edebileceğini kabul ediyorum.	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
10. Aile doktorumun veya mevcut sağılık hizmetleri kuruluşunun araştırma sırasında elde edilen önemli sonuçlar hakkında bilgilendirilmesini kabul ediyorum.	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/> (Lütfen görüşme cinize danışın)
11. Araştırma sırasında ve 5 yıl öncesi sağılık hizmetleri kuruluşlarına yaptığım ziyaretlerin sayısını karşılaştırmak için NHI numaramın kullanılmasını kabul ediyorum.	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
12. Gerekirse, daha fazla destek için, uygun hizmetlere yönlendirilmeyi kabul ediyorum.	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>

---

13. Yalnızca araştırma için kaydedilen bilgilerin doğruluğunu kontrol etmek amacıyla Yeni Zelanda Sağlık ve Engellilik Etik Komiteleri tarafından atanan onaylı bir denetçinin veya ilgili herhangi bir düzenleyici makamın veya onaylanmış temsilcisinin tıbbi kayıtlarımı gözden geçirmesini kabul ediyorum.	Evet <input type="checkbox"/>	
14. Araştırmanın sonuçlarının bir özetini almak istiyorum.	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
15. Saldırıdan 3 ve 5 yıl sonra ve gelecekteki araştırmalar hakkında benimle iletişime geçilmesini kabul ediyorum.	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
16. Bu araştırmadaki katılımımın gizli olduğunu ve beni kişisel olarak tanımlayabilecek hiçbir materyalin bu araştırmanın raporlarında kullanılmayacağını biliyorum.	Evet <input type="checkbox"/>	

---

**Katılımcı beyanı:**

Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

**Katılımcının ismi:**

**İmza:**

**Tarihi:**