

Újszülöttek szűrővizsgálata spinális izomatrophia –SMA-betegségre

HÁZI GYERMEKORVOS és HÁZIORVOS BEFOGADÓ NYILATKOZATA

Alulírott,

.....
területi ellátás/körzet megnevezése

.....
háziiorvosa/házi gyermekorvosa (név)

nyilatkozom arról, hogy az „Újszülöttek szűrővizsgálata spinális izomatrophia (SMA) betegségre az új terápiás lehetőségek tükrében” című kutatási projekt végzése során szükséges újszülöttkori kapilláris vérvétel tárgyi és személyi feltételeivel rendelkezünk, azokat a projekt rendelkezésére bocsátjuk.

.....
(helység, dátum)

.....
a nyilatkozó háziiorvos/házi gyermekorvos aláírása, pecsétje

Telefonos elérhetőség:.....

Elektronikus elérhetőség:.....

visszaküldendő: smaszures@bethesda.hu