

Újszülöttek szűrővizsgálata spinális izomatrophia –SMA-betegsége

HÁZIORVOS/GYERMEKORVOS BEFOGADÓ NYILATKOZATA

Alulírott,

.....

területi háziorvosi/gyermekorvosi ellátás orvosa

nyilatkozom arról, hogy az „Újszülöttek szűrővizsgálata spinális izomatrophia (SMA) betegsége 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 orvos neve, aláírása, pecsétje

visszaküldendő: smaszures@bethesda.hu