



## Beleegyező nyilatkozat

*Kérjük, nyomtatott betűkkel töltse ki!*

Alulírott .....

(születés helye, ideje: .....;

anyja neve: .....; lakcíme: .....,

..... ) a diagnosztikus  
kivizsgálásba/ gondozottam\* diagnosztikus kivizsgálásába (*kérjük a megfelelőt aláhúzni*)  
beleegyezem.

\*gondozottam adatai: Név: .....,

(születés helye, ideje: .....;

anyja neve: .....; lakcíme:.....,

..... )

A vizsgálat menetéről a Tájékoztatót ([www.lelekhely.hu/felnott-autizmus-diagnozis](http://www.lelekhely.hu/felnott-autizmus-diagnozis))  
elolvastam, annak tartalmát megértettem, feltételeit elfogadom.

A diagnosztikus folyamat során kitöltött tesztek eredményeinek a személyes azonosításra  
alkalmas adatok nélkül (úgy mint név, születési hely és dátum, anyja neve, lakcíme) kutatási  
és statisztikai célokra történő felhasználását:

engedélyezem

nem engedélyezem

*(kérjük aláhúzni)*

E-mail címemre az egyesület híreiről értesítést

elfogadok

nem kérek

*(kérjük aláhúzni)*

Adatait harmadik félnek nem adjuk ki.

A diagnosztikus vizsgálat lezárta után minden további ügyintézés és/vagy szolgáltatás  
igénybevétele díjazás ellenében történik.

.....

.....

aláírás

dátum, helység