

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

A vizsgálat címe: **Nem alkoholos zsírmáj (NAFLD) és nem alkoholos steatohepatitis (NASH) epidemiológiájának, betegség lefolyásának és a progressziót befolyásoló tényezőknek a vizsgálata- Nem alkoholos zsírmáj és nem alkoholos steatohepatitis regiszter** (multicentrikus, prospektív obszervációs klinikai vizsgálat)

Alulírott a fenti vizsgálatban való részvételemet vállalom, abba beleegyezem.

NÉV:

Lakcím:

Anyja neve:.....

Születési hely és idő:

TAJ szám:.....-.....-.....

Elérhetőség:.....

1. Elolvastam és megértettem a tájékoztató adatlapot, lehetőségem volt kérdéseket feltenni és azokra mindenben kielégítő választ kaptam.
2. Kijelentem, hogy a vizsgálatban szabad elhatározásomból veszek részt, bármikor szabadon, akár szóban, akár írásban visszaléphetek és ez sem a kezelésemet, sem a jogaimat nem fogja befolyásolni.
3. Tudomásul veszem, hogy a rám vonatkozó orvosi feljegyzések egy részébe a vizsgálatban résztvevő személyek betekintenek, ehhez hozzájárulok.
4. Beleegyezem, hogy a NAFLD és NASH regiszterhez történő adatgyűjtés során a rólam nyert adatok, eredmények, nevem és személyi adataim teljes titokban tartásával a későbbiekben tudományos elemzés és szakfolyóiratban történő publikáció céljára tárolásra, felhasználásra kerüljenek.
5. Tudomásul veszem, hogy a vizsgálatokban való részvételért anyagi juttatásban nem részesülök.
6. Beleegyezem a tájékoztató adatlapon szereplő vér- és székletminta adásba, a minta biobankban történő elhelyezésében és tárolásában, ill. későbbi feldolgozásában.
7. A genetikai mintám *a mintavétel elsődleges célja szerinti diagnosztikus – bármely célú (diagnosztikus és kutatási) – kizárólag kutatási célú* felhasználásához járulok hozzá (a megfelelő rész aláhúzendó).

8. Tudomásul veszem, hogy a megfelelő, hatóságilag szabályozott ellenőrzés mellett, a vizsgálati eredmények és a minták más hazai és külföldi kutatókhoz továbbíthatók, akik ezeket előre meghatározott kutatási célra felhasználhatják.
9. Hozzájárulok ahhoz, hogy a jövőben a kutatásban résztvevők a megadott elérhetőségiemen megkeressenek, a vizsgálatához szükséges további információk beszerzése céljából.

A felvilágosítást végző személy:.....

Munkahely:.....

Beosztása/munkakör:.....

_____	_____	_____
dátum	résztevő aláírása	az orvos aláírása, pecsétje

A kutatási célú **mintavételhez** és a **minta biobankban történő** bármilyen módú **elhelyezéséhez nem járulok hozzá.**

_____	_____	_____
dátum	résztevő aláírása	az orvos aláírása, pecsétje