

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

(18 évnél fiatalabb (kiskorú) személy)

A vizsgálat címe: **A coeliakia előfordulási gyakoriságának, tünettanának, szövődményeinek, családi halmozódásának és a gluténmentes diéta hatásainak monitorozása - Coeliakia regiszter** (multicentrikus, prospektív obszervációs klinikai vizsgálat)

A kutatás vezetője: Dr. Bajor Judit

Alulírott a fenti vizsgálatban való részvételemet vállalom, abba beleegyezem.

NÉV:

Lakcím:

Anyja neve:.....

Születési hely és idő:

TAJ szám:.....-.....-.....

Betegazonosító: _____

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 Coeliakia 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-, vizelet és szövetminta adásba, a minta biobankban történő elhelyezésében és tárolásában, ill. későbbi feldolgozásában.

7. Genetikai mintám és az abból származó adatok a *személyazonosító adataimmal együtt-kódolt formában – pszeudonimizált formában – anonimizált módon* történő tárolásához járulok hozzá (a megfelelő rész aláhúzandó).
8. A genetikai mintám *a mintavétel elsődleges célja szerinti (diagnosztikus) – bármely célú (diagnosztikus és kutatási) – kizárólag kutatási célú* felhasználásához járulok hozzá (a megfelelő rész aláhúzandó).
9. 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.
10. Hozzájárulok ahhoz, hogy a jövőben a kutatásban résztvevők a megadott elérhetőségiemen megkeressenek, a vizsgálathoz szükséges további információk beszerzése céljából.

A felvilágosítást végző személy:.....

Munkahely:.....

Beosztása/munkakör:.....

dátum

résztevő aláírása

az orvos aláírása, pecsétje

18 évnél fiatalabb (kiskorú) véleményalkotásra és helyzetértékelésre képes személy esetén

Gondviselő neve:

Gondviselő címe:

gondviselő aláírás

Korlátozottan cselekvőképes kiskorú (18 évnél fiatalabb) és cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében, valamint valamely vagyoni jellegű ügycsoport tekintetében részlegesen korlátozott személy esetén

Törvényes képviselő neve:.....

törvényes képviselő aláírása

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

dátum

résztevő aláírása

az orvos aláírása, pecsétje

18 évnél fiatalabb (kiskorú) véleményalkotásra és helyzetértékelésre képes személy esetén

Gondviselő neve:

Gondviselő címe:

gondviselő aláírása

Korlátozottan cselekvőképes kiskorú (18 évnél fiatalabb) és cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében, valamint valamely vagyoni jellegű ügycsoport tekintetében részlegesen korlátozott személy esetén

Törvényes képviselő neve:.....

törvényes képviselő aláírása