

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

(18 évnél idősebb cselekvőképes személy)

A kutatás azonosító adatai

A kutatás címe: „Az izomdystrophia pathomechanismusában, valamint az izomdystrophiában szenvedő betegek társbetegségeinek felismerésében szereplő markerek – Izomdystrophia regiszter”

Kutatásvezető: **Prof. Dr. Hegyi Péter**, témavezető, Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Transzlációs Medicina Intézet, 7624 Pécs, Szigeti út 12. II. emelet és **Dr. Pál Endre**, Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ, Neurológiai Klinika, 7623 Pécs, Rét utca 2.

A kutatás megkezdéséhez szükséges etikai engedélyt a **Nemzeti Népegészségügyi Központ Egészségügyi Igazgatási Főosztálya** (NNK EÜIG) adta ki, az alábbi iktatószámmal:

Intézmény:

Tájékoztatást végző személy

Név:.....

Beosztás:..... **Munkakör:**

Résztevő

Név:..... **Születési hely, idő:**

TAJ szám: **E-mail:**

Telefonszám: **Lakcím:**

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 vizsgálathoz történő adatgyűjtés során a rólam nyert adatok, eredmények, nevem és személyi adataim teljes titokban tartásával a későbbiekben tudományos elemzés és szakfolyóiratban publikáció céljára tárolásra, felhasználásra kerüljenek.
5. Tudomásul veszem, hogy a vizsgálatokban való részvételért anyagi juttatásban nem részesülök.

6. 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.
7. Hozzájárulok ahhoz, hogy a jövőben a kutatásban résztvevők a megadott elérhetőségiemen megkeressenek, a vizsgálatához szükséges további információk beszerzése céljából.

Dátum:

.....

tájékoztatást végző orvos aláírása

.....

részvevő aláírása