

**BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
MINTAVÉTEL**

(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:**

A csatolt tájékoztatót a mintavételről elolvastam, megértettem, így hozzájárulok ahhoz, hogy:

- a fent említett intézmény megbízottai tőlem – a tájékoztatóban előre meghatározott mennyiségben és minőségben – mintát vegyenek,
- a genetikai mintám és az abból származó adatok anonimizált módon tárolásra kerüljenek,
- a biobankban vagy archivált gyűjteményben elhelyezett adatok tudományos céllal feldolgozásra kerüljenek, és azok szakdolgozatban vagy tudományos írásban, a résztvevők nevének említése nélkül közölve legyenek,
- a genetikai mintám kutatási céllal felhasználásra kerüljenek, továbbá,

- hogy a megfelelő hatóságilag szabályozott ellenőrzés mellett a vizsgálati eredmények és a minták más hazai vagy külföldi kutatókhoz továbbítva legyenek, akik ezeket előre meghatározott kutatásfejlesztési célra felhasználhatják, valamint ahhoz, hogy
- a kutatási célú genetikai vizsgálat eredménye - amennyiben az rám vagy hozzátartozóimra nézve egészségügyileg fontos információt tartalmaz - és a kutatás kapcsán elérhetőségeim valamelyikén a vizsgálat munkatársai megkeressenek.

Ezennel kijelentem, hogy önként döntöttem a mintavétel és mintáim biobankban történő elhelyezése mellett. Tudatában vagyok, hogy e hozzájárulás önkéntes, amelyet szóban vagy írásban bármikor visszavonhatok.

A jelen nyilatkozatban foglaltakat megértettem, tudomásul vettem és aláírásommal hitelesítem.

Dátum:

.....
tájékoztatást végző orvos aláírása

.....
résztevő aláírása