

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
(18 évnél fiatalabb (kiskorú) személy)

A kutatás azonosító adatai

A kutatás címe: “ **Pankreász megbetegedések epidemiológiájának, diagnosztikájának és kezelésének, valamint genetikai hátterének vizsgálata – Pankreász Regiszter** ”

Kutatásvezető: Prof. Dr. Hegyi Péter, témavezető, Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Transzlációs Medicina Intézet, 7624 Pécs, Szigeti út 12. II. emelet

A kutatás megkezdéséhez szükséges etikai engedélyt a Nemzeti Népegészségügyi Központ Egészségügyi Igazgatási Főosztálya (NNK EÜIG) adta ki, az alábbi iktatószámmal: 17787-8/2020/EÜIG

Intézmény:.....

Tájékoztatást végző személy

Név:.....

Beosztás:.....Munkakör:.....

Résztvevő

Név:.....Születési hely, idő:.....

Anyja neve:..... TAJ szám:.....-.....-.....

Lakcím:.....

Gondviselő/törvényes képviselő

Név:.....Születési hely, idő:.....

Anyja neve:.....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 vizsgálatához 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:.....

.....
Tájékoztatót végző orvos aláírása

.....
14 év feletti résztvevő aláírása

Gondviselő/törvényes képviselő aláírása:.....