

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

### MINTAVÉTEL

(18 évnél idősebb cselekvőképes személy)

#### A kutatás azonosító adatai

A kutatás címe: „**Walled-off pancreas necrosis (WOPN) kezelése - WOPN regiszter**”

Kutatásvezető: Prof. Dr. Hegyi Péter, témavezető, Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Transzlációs Medicina Intézet, 7624 Pécs, Szigeti út 12. II. emelet és Prof. Dr. Czákó László, Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, 6721 Szeged, Korányi fasor 8-10.

A kutatás megkezdéséhez szükséges etikai engedélyt az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága adta ki, az alábbi iktatószámmal: 45680-2/2019/EKU

**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 annak mind a hat pontját.

Dátum: .....

.....  
**tájékoztatást végző orvos aláírása**

.....  
**részvevő aláírása**