

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

KUTATÁSI PROJEKTHEZ ÉS AZ EHEZ SZÜKSÉGES VÉRMINTAADÁSHOZ

(18 évnél idősebb cselekvőképes/korlátozottan cselekvőképes/cselekvőképtelen személy)

A kutatás címe: „**Pancreas Cystosus Neoplasztikus Térfoglalások (PCN) endoszkópos ultrahang (EUH) vizsgálata – PCN Regiszter**” (multicentrikus, prospektív obszervációs klinikai vizsgálat)

A kutatás vezetője: Dr. Hritz István egyetemi docens

Alulírott (Résztevő, Hozzá tartozó vagy Törvényes Képviselő korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen Résztevő esetén):

Név:

Lakcím:

Anyja neve:

Születési hely, idő:

TAJ szám:

A csatolt tájékoztatót elolvastam, és személyes tájékoztatásban részesültem, kérdéseket tehettem fel, és ezekre a felvilágosítást adó személy számomra kielégítő és érthető válaszokat adott. A tájékoztatóban foglaltakat megértettem, így:

Hozzájárulok ahhoz, hogy a Semmelweis Egyetem, I.sz. Sebészeti Klinika megbízottjai tőlem – előre meghatározott és általam elfogadott kutatási céllal – genetikai és szövettani mintát vegyenek.

A genetikai mintám és az abból származó adatok *kódolt* módon történő tárolásához járulok hozzá. A biobankban vagy archivált gyűjteményben elhelyezett adatok tudományos céllal történő feldolgozásához, és azok szakdolgozatban vagy tudományos írásban, a résztvevők nevének említése nélkül történő közléséhez hozzájárulok. A genetikai és szövettani mintám *diagnosztikus és kutatási célú* felhasználásához járulok hozzá.

Ezennel kijelentem, hogy önként döntöttem a vérminta, illetve szövetminta adása és mintám biobankban történő elhelyezése mellett. Tudatában vagyok, hogy e hozzájárulás önkéntes, amelyet szóban vagy írásban bármikor visszavonhatok.

Tudomásul veszem, hogy a vizsgálatokban való részvételért anyagi juttatásban nem részesülök. Tudomásul veszem továbbá, hogy a megfelelő hatóságilag szabályozott ellenőrzés mellett a vizsgálati eredmények és a minták más hazai vagy külföldi kutatókhoz továbbíthatók, akik ezeket előre meghatározott kutatás-fejlesztési célra felhasználhatják. Ennek kapcsán semmiféle személyes anyagi követelést nem támaszthatok.

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

A felvilágosítást végző személy:.....

Munkahelye, beosztása/munkakör:.....

Tájékoztatást végző orvos aláírása:.....

Dátum (saját kezűleg):.....

Résztevő/törvényes képviselő/hozzátartozó aláírása:.....

Dátum (saját kezűleg):.....

Aláírással kijelentem, hogy a beteg **hozzátartozójaként/törvényes képviselőjeként** jelen tájékoztatót elolvastam és annak egy eredeti példányát átvettem:

A hozzátartozó/ törvényes képviselő neve (nyomtatott betűkkel):.....

A hozzátartozó/ törvényes képviselő aláírása:.....

Aláírás dátuma (sajátkezűleg):.....

Anyja neve:.....

Születési hely és idő:.....

Szem. ig. szám:.....

Lakcím:.....

Alulírott tanúk, aláírásunkkal igazoljuk, hogy a vizsgálatba bevinni kívánt személy **hozzátartozója/törvényes képviselője** a vizsgálattal kapcsolatos tájékoztatást megkapta, valamint a beleegyezését adta.

.....

1. tanú aláírása

.....

2. tanú aláírása

Név:

Lakcím:

Szem. ig. szám:

Név:

Lakcím:

Szem. ig. szám: