

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
HUMÁNGENETIKAI VÉRMINA ADÁS
(18 évnél idősebb cselekvőképes személy)

A kutatás címe: **Pitvarfibrilláció és –flutter (RAFFLE) regiszter: Prospektív adatgyűjtés a pitvarfibrilláció és flutter etiológiájáról, klinikai jellemzőiről és kimeneteléről.**

A kutatás vezetője: Dr. Hegyi Péter egyetemi tanár, Dr. Kenyeres Péter egyetemi adjunktus

Alulírott (Résztevő):

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 Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ I. számú Belgyógyászati Klinika megbízottai tőlem – előre meghatározott és általam elfogadott kutatási céllal – genetikai mintát vegyenek.

Hozzájárulok a genetikai mintám és az abból származó adatok anonimizált módon történő tárolásához. Hozzájárulok a genetikai mintám diagnosztikus és kutatási célú felhasználásához. Hozzájárulok a biobankban vagy archivált gyűjteményben elhelyezett adatok tudományos céllal történő feldolgozásához, és azok szakdolgozatban vagy tudományos írásban, a résztvevők nevének említése nélkül történő közléséhez.

Ezennel kijelentem, hogy önként döntöttem a vérminta 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.

Dátum.....

Részvevő aláírása

- A kutatási célú mintavételhez és a minta biobankban történő bármilyen módú elhelyezéséhez **nem járulok hozzá.**

Dátum.....

Részvevő aláírása

A felvilágosítást végző orvos (név, beosztás):

.....

Dátum:.....

A

felvilágosítást végző orvos pecsétje, aláírása