

**BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
MINTAVÉTEL
(18 évnél idősebb cselekvőképes személy)**

A kutatás azonosító adatai

A kutatás címe: „Rekonstrukció FFR Coronaria Regiszter alapján 3D modellezéssel – RECORD Regiszter”

Kutatásvezető: Prof. Dr. Hegyi Péter, témavezető, Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Transzlációs Medicina Intézet, 7624 Pécs, Szigeti út 12. és Prof. Komócsi András, témavezető, Pécsi Tudományegyetem Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ, Szívgyógyászati Klinika, 7624 Pécs, Ifjúság út 13.

A kutatás megkezdéséhez szükséges etikai engedélyt az Egészségügyi Tudományos Tanács, Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága (ETT TUKEB) adta ki.

Intézmény:.....

Tájékoztatást végző személy

Név:.....

Beosztás:.....Munkakör:.....

Résztvevő

Név:.....Születési hely, idő:.....

TAJ szám:.....-.....-.....E-mail:.....

Telefonszám:.....Lakcím:.....

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

- 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 aláírással hitelesítem annak mind a hat pontját.

Dátum:.....

.....
tájékoztatást végző orvos aláírása

.....
résztevő aláírása