

**BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
MINTAVÉTEL**

(18 évnél idősebb cselekvőképes személy)

A kutatás azonosító adatai

A kutatás címe: „**Krónikus rinoszinuszitisz nemzeti regiszter – Hungarian CRS Registry**”

Kutatásvezető: **Prof. Dr. Lujber László**, Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Fül-Orr-Gégészeti és Fej-, Nyaksebészeti Klinika, 7621 Pécs, Munkácsy Mihály u. 2. és **Prof. Dr. Hegyi Péter**, Semmelweis Egyetem Transzlációs Medicina Központ, 1085 Budapest, Üllői út 26.

A kutatás megkezdéséhez szükséges etikai engedélyt a **Nemzeti Népegészségügyi Központ (NNK)** adta ki, az alábbi iktatószámmal: **15202-5/2023/EÜIG**

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.

Dátum:

.....
tájékoztatást végző orvos aláírása

.....
részvevő aláírása