

**BELEEGYZŐ NYILATKOZAT**  
**ADATVÉDELEM**  
**(18 év alatti személy gondviselője részére)**

**A kutatás azonosító adatai**

A kutatás címe: „Az exokrin és endokrin pankreász vizsgálata cisztás fibrózisban”

Kutatásvezető: Prof. Dr. Hegyi Péter, témavezető, Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Transzlációs Medicina Intézet, 7624 Pécs, Szigeti út 12. és Dr. Párniczky Andrea, témavezető, Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, 1089 Budapest, Üllői út 86.

A kutatás megkezdéséhez szükséges etikai engedélyt **Nemzeti Népegészségügyi Központ** adta ki az alábbi iktatószámmal: **23508-5/2018/EÜIG**

**Intézmény:** .....

**Tájékoztatást végző személy**

**Név:**.....

**Beosztás:**..... **Munkakör:**.....

**Résztvevő**

**Név:**..... **Születési hely, idő:** .....

**TAJ szám:**..... **Anyja neve:** .....

**Telefonszám:**..... **Lakcím:** .....

**Gondviselő/törvényes képviselő**

**Név:**..... **Születési hely, idő:** .....

**Anyja neve:** .....

**Telefonszám:**..... **Lakcím:** .....

1. Elolvastam és megértettem a tájékoztató adatlapot, lehetőségem volt kérdéseket feltenni és azokra mindenben kielégítő választ kaptam.

2. Kijelentem, hogy gyermekem a vizsgálatban szabad elhatározásából vesz részt, bármikor szabadon, akár szóban, akár írásban visszaléphet és ez sem a kezelését, sem a jogait nem fogja befolyásolni.
3. Tudomásul veszem, hogy a gyermekemre vonatkozó orvosi feljegyzések egy részébe a vizsgálatban résztvevő személyek betekintenek, ehhez hozzájárulok.
4. Beleegyezem, hogy a vizsgálatához történő adatgyűjtés során a gyermekemről nyert adatok, eredmények, neve és személyi adatai teljes titokban tartásával a későbbiekben tudományos elemzés és szakfolyóiratban publikáció céljára tárolásra, felhasználásra kerüljenek.
5. Tudomásul veszem, hogy a vizsgálatokban való részvételért anyagi juttatásban sem én, sem gyermekem nem részesül.
6. Tudomásul veszem, hogy a megfelelő, hatóságilag szabályozott ellenőrzés mellett, a vizsgálati eredmények és a minták más hazai és külföldi kutatókhoz továbbíthatók, akik ezeket előre meghatározott kutatási célra felhasználhatják.
7. Hozzájárulok ahhoz, hogy a jövőben a kutatásban résztvevők a megadott elérhetőségeken megkeressenek, a vizsgálatához szükséges további információk beszerzése céljából.

Dátum:.....

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

.....  
**gondviselő/törvényes képviselő aláírása**