

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

(18 évnél fiatalabb (kiskorú) személy)

A kutatás azonosító adatai

A kutatás címe: "A SARS-CoV-2 okozta megbetegedések epidemiológiájának, diagnosztikájának és kezelésének, valamint genetikai hátterének vizsgálata – COVID-19 Regiszter és A SARS-CoV-2 fertőzés kialakulásának, valós gyakoriságának, tünettanának, időbeni lefolyásának és hosszú távú következményeinek vizsgálata – KORON-APP internetes regiszter"

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

A kutatás megkezdéséhez szükséges **etikai engedélyt a Nemzeti Népegészségügyi Központ** adta ki.

Intézmény:

Tájékoztatást végző személy

Név:

Beosztás: Munkakör:.....

Részvevő

Név:.....Születési hely, idő:.....

Anyja neve:.....TAJ szám:.....-.....-.....

Lakcím:.....

Gondviselő/törvényes képviselő

Név:.....Születési hely, idő:.....

Anyja neve:.....E-mail:.....

Lakcím:.....Telefonszám:.....

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

2. Kijelentem, hogy a vizsgálatban gyermekem szabad elhatározásunkból vesz részt, bármikor szabadon, akár szóban, akár írásban visszaléphetek és ez sem gyermekem kezelését, sem a jogait nem fogja befolyásolni.

3. Tudomásul veszem, hogy gyermekemre vonatkozó orvosi feljegyzések egy részébe a vizsgálatban résztvevő személyek betekintenek, ehhez hozzájárulok.
4. Beleegyezem, hogy a vizsgálathoz 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 sem én sem gyermekem anyagi juttatásban 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 elérhetőségeimen megkeressenek, a vizsgálathoz szükséges további információk beszerzése céljából.

Az adatgyűjtés céljából történő kikérdezést *telefonon / személyesen* (aláhúzendó) szeretném lebonyolítani.

....., 20..... hó nap

.....

Tájékoztatást végző orvos aláírása

14 év feletti résztvevő aláírása

Aláírással kijelentem a szándékomat, hogy gyermekem részt vegyen a vizsgálatban.

Gondviselő/törvényes képviselő aláírása:.....