

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

(18 évnél idősebb cselekvőképes vagy  
cselekvőképtelen 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:.....-.....-.....

E-mail:..... Telefonszám:.....

Lakcím:.....

1. Elolvastam és megértettem a tájékoztató adatlapot, lehetőségem volt kérdéseket feltenni és azokramindenben kielégítő választ kaptam.
2. Kijelentem, hogy a vizsgálatban szabad elhatározásomból veszek részt, bármikor szabadon, akár szóban, akár írásban visszaléphetek és ez sem a kezelésemet, sem a jogaimat nem fogja befolyásolni.
3. Tudomásul veszem, hogy a rám vonatkozó orvosi feljegyzések egy részébe a vizsgálatban résztvevőszemélyek betekintenek, ehhez hozzájárulok.
4. Beleegyezem, hogy a vizsgálatához történő adatgyűjtés során a rólam nyert adatok, eredmények, nevem ésszemélyi adataim teljes titokban tartásával a későbbiekben tudományos elemzés és szakfolyóiratban publikáció céljára tárolásra, felhasználásra kerüljenek.
5. Tudomásul veszem, hogy a vizsgálatokban való részvételért anyagi juttatásban nem részesülök.

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 elérhetőségiemen megkeressenek, a vizsgálatához szükséges további információk beszerzése céljából.

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

....., 20..... ..... hó ..... nap

..... tájékoztatást végző orvos aláírása      ..... résztvevő vagy törvényes képviselő/legközelebbi hozzátartó aláírása