

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

MINTAVÉTEL

(18 évnél idősebb cselekvőképes vagy cselekvőképtelen személy)

A kutatás azonosító adatai

A kutatás címe: “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

A kutatás megkezdéséhez szükséges **etikai engedélyt a Nemzeti Népegészségügyi Központ** adta ki a 20800-6/2020/EÜIG iktatószámmal.

Intézmény:

Tájékoztatót végző személy

Név:

Beosztás:.....Munkakör.....

Részvevő

Név:.....Születési hely, idő:.....

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

Telefonszám:.....Lakcím:.....

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

1. a fent említett intézmény megbízottai tőlem – a tájékoztatóban előre meghatározott mennyiségben és minőségben – mintát vegyenek,
2. a genetikai mintám és az abból származó adatok anonimizált módon történő tárolásához,
3. a biobankban vagy archivált gyűjteményben elhelyezett adatok tudományos céllal történő feldolgozásához, és azok szakdolgozatban vagy tudományos írásban, a résztvevők nevének említése nélkül történő közléséhez hozzájárulok,
4. a genetikai mintám kutatási célú felhasználásához,
5. továbbá, hogy a megfelelő hatóságilag szabályozott ellenőrzés mellett a vizsgálati eredmények és a minták más hazai vagy külföldi kutatókhoz továbbíthatók, akik ezeket előre meghatározott kutatásfejlesztési célra felhasználhatják,

6. 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.

7.

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.

....., 20..... hó nap

.....
tájékoztatót végző orvos aláírása

.....
részvevő vagy törvényes képviselő/legközelebbi hozzátartó aláírása