

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

### KUTATÁSI PROJEKTHEZ ÉS AZ EHEZ SZÜKSÉGES VÉRMINTAADÁSHOZ

(18 évnél idősebb cselekvőképes/korlátozottan cselekvőképes/cselekvőképtelen személy)

A kutatás címe:

**A QT-variabilitás és autonóm neuropathia megfigyelése diabéteszben-regiszter [QUTER]**  
(multicentrikus, prospektív obszervációs klinikai vizsgálat)

A kutatás vezetője: Prof. Dr. Lengyel Csaba tanszékvezető egyetemi tanár

Alulírott (Résztevő, Hozzá tartozó vagy Törvényes Képviselő korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen Résztevő esetén):

Név: .....

Lakcím: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, idő: .....

TAJ szám: .....

A csatolt tájékoztatót elolvastam, és személyes tájékoztatásban részesültem, kérdéseket tehettem fel, és ezekre a felvilágosítást adó személy számomra kielégítő és érthető válaszokat adott. A tájékoztatóban foglaltakat megértettem, így:

**Hozzájárulok** ahhoz, hogy a Szegedi Tudományegyetem I. számú Belgyógyászati megbízottjai tőlem – előre meghatározott és általam elfogadott kutatási céllal – genetikai mintát vegyenek. A genetikai mintám és az abból származó adatok *kódolt* módon történő tárolásához járulok hozzá. 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. A genetikai mintám *diagnosztikus és kutatási célú* felhasználásához járulok hozzá.

Ezennel kijelentem, hogy önként döntöttem a vérminta adása és mintám biobankban történő elhelyezése mellett. Tudatában vagyok, hogy e hozzájárulás önkéntes, amelyet szóban vagy írásban bármikor visszavonhatok.

Tudomásul veszem, hogy a vizsgálatokban való részvételért anyagi juttatásban nem részesülök. Tudomásul veszem továbbá, hogy a megfelelő hatóságilag szabályozott ellenőrzés mellett a vizsgálati eredmények és a minták más hazai vagy külföldi kutatókhoz továbbíthatók, akik ezeket előre meghatározott kutatás-fejlesztési célra felhasználhatják. Ennek kapcsán semmiféle személyes anyagi követelést nem támaszthatok.

A jelen nyilatkozatban foglaltakat megértettem, tudomásul vettem és aláírásommal hitelesítem.

A felvilágosítást végző  
személy:.....  
Munkahelye,  
beosztása/munkakör:.....  
Tájékoztatást végző orvos aláírása:.....  
Dátum (saját kezűleg):.....

Résztvevő/törvényes képviselő/hozzátartozó  
aláírása:.....  
Dátum (saját kezűleg):.....

Aláírással kijelentem, hogy a beteg **hozzátartozójaként/törvényes képviselőjeként** jelen tájékoztatót elolvastam és annak egy eredeti példányát átvettem:

A hozzátartozó/ törvényes képviselő neve (nyomatott betűkkel):.....

A hozzátartozó/ törvényes képviselő aláírása:.....

Aláírás dátuma (sajátkezűleg):.....

Anyja neve: ..... Születési hely és idő:.....

Szem. ig. szám:.....

Lakcím:.....

Alulírott tanúk, aláírásunkkal igazoljuk, hogy a vizsgálatba bevinni kívánt személy **hozzátartozója/törvényes képviselője** a vizsgálattal kapcsolatos tájékoztatást megkapta, valamint a beleegyezését adta.

.....  
1. tanú aláírása

.....  
2. tanú aláírása

Név: .....

Lakcím: .....

Szem. ig. szám: .....

Név: .....

Lakcím: .....

Szem. ig. szám: .....