

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
KUTATÁSI PROJEKTHEZ ÉS AZ EHHEZ SZÜKSÉGES MINTAVÉTELHEZ
(18 évnél idősebb cselekvőképes személy)

A kutatás azonosító adatai

A vizsgálat címe: „Az orális potenciálisan malignus betegségek epidemiológiájának, rizikófaktorainak, klinikai jellemzőinek és a kezelés hatékonyságának vizsgálata – OPMD-regiszter”

(multicentrikus, prospektív obszervációs vizsgálat)

Kutatásvezető: **Prof. Dr. Hegyi Péter**, témavezető, Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Transzlációs Medicina Intézet, 7624 Pécs, Szigeti út 12. II. emelet; **Dr. Nagy Ákos**, témavezető, Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Fogászati és Szájsebészeti Klinika, 7621 Pécs, Dischka Győző u. 5.

A kutatás megkezdéséhez szükséges etikai engedélyt a **Nemzeti Népegészségügyi Központ** adta ki (etikai engedély száma: 26029-5/2020/EÜIG).

Intézmény:

Tájékoztatót végző személy

Név:

Munkahely:

Beosztás: Munkakör:

Résztevő

Név:..... Születési hely, idő:.....

TAJ szám: E-mail:

Telefonszám:..... Lakcím:

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

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,

Amennyiben a résztvevő vagy a törvényes képviselő nem tud olvasni, akkor szükséges két tanú jelenléte és aláírása az érvényes beleegyező nyilatkozathoz.

Alulírott tanúk, aláírásunkkal igazoljuk, hogy a vizsgálatba bevonni kívánt személy, illetve törvényes képviselője számára minden lehetséges információt megadtak, és a bevonni kívánt személy és/vagy törvényes képviselője önkéntesen és befolyásolástól mentesen adta meg a részvételbe történő beleegyezését.

.....

1. tanú aláírása

.....

2. tanú aláírása

Név:

Név:

Lakcím:

Lakcím:

Szem. ig. szám:

Szem. ig. szám:

dátum (saját kezűleg)

a felvilágosítást végző orvos aláírása