

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

MINTAVÉTEL

(18 évnél idősebb cselekvőképes személy)

A kutatás azonosító adatai

A kutatás címe: „Magyar Rheumatoid Arthritis regiszter (HURRA) - HUngaRian Rheumatoid Arthritis registry”

Kutatásvezető: **Prof. Dr. Nagy György**, témavezető, Semmelweis Egyetem, Reumatológiai és Klinikai Immunológiai Tanszék, 1023. Budapest Árpád fejedelem útja 7. és **Prof. Dr. Hegyi Péter**, témavezető, Pécsi Tudományegyetem, Transzlációs Medicina Intézet, 7624. Pécs Szigeti út 12.

A kutatás megkezdéséhez szükséges etikai engedélyt a **Nemzeti Népegészségügyi Központ (NNK)** adta ki az alábbi iktatószámmal:

Intézmény:

Tájékoztatást végző személy

Név:

Beosztás: **Munkakör:**

Résztevő

Név: **Születési hely, idő:**

TAJ szám: **E-mail:**

Telefonszám: **Lakcím:**

- A csatolt tájékoztatót a mintavételről elolvastam, megértettem, így hozzájárulok ahhoz, hogy:
- a fent említett intézmény megbízottai tőlem – a tájékoztatóban előre meghatározott mennyiségben és minőségben – mintát vegyenek,
- a genetikai mintám és az abból származó adatok anonimizált módon tárolásra kerüljenek,
- a biobankban vagy archivált gyűjteményben elhelyezett adatok tudományos céllal feldolgozásra kerüljenek, és azok szakdolgozatban vagy tudományos írásban, a résztvevők nevének említése nélkül közölve legyenek,
- a genetikai mintám kutatási céllal felhasználásra kerüljenek, továbbá,
- hogy a megfelelő hatóságilag szabályozott ellenőrzés mellett a vizsgálati eredmények és a minták más hazai vagy külföldi kutatókhoz továbbítva legyenek, akik ezeket előre meghatározott kutatásfejlesztési célra felhasználhatják, valamint ahhoz, hogy

- 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.

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 aláírásommal hitelesítem.

Dátum:

.....
tájékoztatást végző orvos aláírása

.....
részvevő aláírása