

**BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
MINTAVÉTEL
(18 évnél idősebb cselekvőképes személy részére)**

A kutatás azonosító adatai

A vizsgálat címe: „A rekurrens heveny hasnyálmirigy-gyulladás megelőzése az alkohorról és a dohányzásról való leszokás elősegítésével – nemzetközi multicentrikus randomizált klinikai vizsgálat”.

Kutatásvezető: **Prof. Dr. Hegyi Péter**, témavezető, 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 Egészségügyi Igazgatási Főosztálya (NNK EÜIG) adta ki, az alábbi iktatószámmal:

Intézmény:

Tájékoztatást 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,
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 kutatás-fejlesztési célra felhasználhatják,
6. a kutatási célú genetikai vizsgálat eredményével kapcsolatban - amennyiben az rám vagy hozzátartozóimra nézve egészségügyileg fontos információt tartalmaz - a megadott 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 aláírással hitelesítem.

....., 20.....év,hónap,nap.

.....
tájékoztatást végző orvos aláírása

.....
résztevő aláírása