

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
MINTAVÉTEL
(18 évnél fiatalabb (kiskorú) 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:

Tájékoztatást végző személy

Név:

Beosztás:.....**Munkakör:**.....

Résztevő

Név:.....**Születési hely, idő:**.....

TAJ szám:.....-.....-.....**Lakcím:**.....

Gondviselő/törvényes képviselő

Név:.....**Születési hely, idő:**.....

Telefonszám:.....**E-mail:**.....

Lakcím:.....

A csatolt tájékoztatót a mintavételről elolvastam, megértettem, így hozzájárulok (korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen résztvevő esetén a törvényes képviselőmmel együtt hozzájárulunk):

1. a fent említett intézmény megbízottai tőlem/gyermekemtől – a tájékoztatóban előre meghatározott mennyiségben és minőségben – mintát vegyenek,
2. a genetikai mintám/gyermekem genetikai mintája 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/gyermekem genetikai mintája 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 eredménye - amennyiben az rám/gyermekemre vagy hozzátartozóimra nézve egészségügyileg fontos információt tartalmaz - és a kutatás kapcsán elérhetőségeim valamelyikén a vizsgálat munkatársai megkeressenek.

Ezennel kijelentem, hogy önként döntöttem (korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen résztvevő esetén a törvényes képviselőmmel együtt döntöttünk) a mintavétel és mintáim/gyermekem mintái biobankban történő elhelyezése mellett. Tudatában vagyok (korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen résztvevő esetén a törvényes képviselőmmel együtt tudatában vagyunk), hogy e hozzájárulás önkéntes, amelyet szóban vagy írásban bármikor visszavonhatok. A jelen nyilatkozatban foglaltakat megértettem, tudomásul vettem és aláírásommal hitelesítem.

....., 20..... hó nap

.....
tájékoztatást végző orvos aláírása

.....
14 év feletti résztvevő aláírása

Gondviselő/törvényes képviselő aláírása:.....

Gondviselő/törvényes képviselő neve:.....