

**BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
MINTAVÉTEL
(18 évnél fiatalabb (kiskorú) személy)**

A kutatás azonosító adatai

A kutatás címe: “ **Pankreász megbetegedések epidemiológiájának, diagnosztikájának és kezelésének, valamint genetikai hátterének vizsgálata – Pankreász Regiszter**”

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: 17787-8/2020/EÜIG

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:

- 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 történő tárolásához,
- 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 kutatási célú felhasználásához,
- 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,

- 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 aláírással hitelesítem.

Dátum:.....

.....
tájékoztatást végző orvos aláírása

.....
14 év feletti résztvevő aláírása

Gondviselő/törvényes képviselő aláírása:.....

Gondviselő/törvényes képviselő neve:.....