

**MOLEKULÁRIS GENETIKAI DIAGNOSZTIKÁHOZ VALÓ FELHASZNÁLÁSRA ÉS/VAGY SE  
BIOBANKBAN TÖRTÉNŐ TÁROLÁSBA, A BIOLÓGIAI MINTA KUTATÁSI CÉLOKRA TÖRTÉNŐ  
FELHASZNÁLÁSBA BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT**

A beteg neve: .....

Születési ideje: ..... TAJ száma: .....

A tőlem vett vérből/ biológiai mintából DNS, RNS, plazma izolálható és az ahhoz tartozó adatok személyazonosító adataimmal együtt *kódolt formában* vagy *peszudonimizált* formában vagy *anonimizált* módon *(kérjük a megfelelő részt aláhúzni)* tárolható. A későbbiekben ebből a biológiai mintából betegségem irányában genomikai- proteomikai vizsgálatok végezhetőek.

---

(kérjük specifikálni a betegséget)

A molekuláris biológiai vizsgálat segítségével a fenti betegség vagy diagnosztizálható, vagy az arra hajlamosító rizikótényezők, vagy az egyes gyógyszerek hatékonyságát, mellékhatásait befolyásoló genetikai faktorok állapíthatók meg.

Tudomásul vettem, hogy a vizsgálat eredménye nem szolgáltat megfelelő információt az alábbi okok ill. azok kombinációja esetén. 1) meghatározó családtagok hiányzó vér vagy szövetmintája; 2) a rendelkezésre álló genetikai markerek nem informatívak; 3) technikai okok.

Abban az esetben, ha egészségi állapotom / jövőbeli betegségeim vonatkozásában a kutatások releváns információkat eredményeznek:

- kérem annak közlését
- nem kérem annak közlését *(Kérjük jelölje be az Ön számára megfelelő részt!)*

A genetikai vizsgálatok eredményét személyesen genetikai tanácsadással egybekötve tudjuk közölni Önnel.

A vér/szövetminta

- molekuláris biológiai diagnosztikai
- kutatási
- minőségfejlesztési *(Kérjük jelölje be az Ön számára megfelelő részt!)*

célokra való felhasználásába beleegyezek. A biológiai minták és a klinikai adataim a Semmelweis Egyetem Biobank Hálózat ..... biobankjában ill. adatbázisában tárolhatók a megfelelő biztonsági és adatvédelmi rendelkezések mellett. Beleegyezek abba, hogy biológiai mintáimat a Semmelweis Egyetem Biobank Hálózat vagy más molekuláris biológiai laboratórium a megfelelő adatvédelem mellett kutatási, metodikai fejlesztési, minőségfejlesztési célokra felhasználja, amennyiben megfelelő kutatásetikai engedéllyel rendelkezik. Tudomásul veszem, hogy a személyemet illető információk bizalmasan kezelendők. Személyes adataimat a Semmelweis Egyetem Biobank Hálózat nem bocsájthatja más intézet rendelkezésére addig, amíg arról külön írásban nem nyilatkozok.

A beleegyezésemet jogomban áll bármikor visszavonni további indoklás, ill. bármiféle, a jövőbeni orvosi ellátásomat érintő hátrányos következmény nélkül. Ezt írásban tehetem meg. Tudomásul veszem, hogy a biológiai mintám kutatásban ill. fejlesztésben való részvételéért anyagi juttatásban nem részesülök.

Az Ön aláírása azt jelzi, hogy elolvasta a betegtájékoztatót, megértette azt és ezen információk elfogadásával vesz részt a molekuláris genetikai vizsgálatban ill. a biobankban. A biológiai mintát a Semmelweis Egyetem minimum 5 évig térítésmentesen őrzi, és bármikor az Ön rendelkezésére bocsátja, ha arra egyéb betegség vonatkozásában szüksége lenne. A beleegyezés nem mentesíti a vizsgálatot, az érintett intézetet a jogi és szakmai felelősség alól. Ha további információra van szüksége a fenti témát illetően, forduljon bizalommal kezelő orvosához, genetikai tanácsadóhoz.

**A beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása:**-----

**A tanú aláírása:**-----

**A felvilágosítást nyújtó orvos neve:**-----

**A felvilágosítást nyújtó orvos aláírása:**-----

**Dátum:**-----