

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

Alulírott (Érintett vagy Törvényes Képviselő - korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen Érintett esetén):

Név:

Lakcím:

Anyja neve:

Szül. hely, idő:

TAJ szám:

A csatolt tájékoztatót elolvastam, kérdéseket tehettem fel, erre a felvilágosítást adó személy számomra kielégítő válaszokat adott. A tájékoztatóban foglaltakat megértettem, így hozzájárulok az általam szolgáltatott genetikai minta és az abból származó adatok biobankba, illetve archivált gyűjteménybe helyezéséhez.

(kérjük specifikálni a betegséget)

A genetikai mintám és az abból származó adatok a *személyazonosító adataimmal együtt - kódolt (reverzibilisen anonimizált) formában - pszeudonimizált módon - anonimizált módon* történő tárolásához járulok hozzá (a megfelelő rész aláhúzendó). 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 *a mintavétel elsődleges célja szerinti (diagnosztikus) – bármely célú (diagnosztikus és kutatási) – kizárólag kutatási célú* felhasználásához járulok hozzá (a megfelelő rész aláhúzendó).

Ezennel kijelentem, hogy önként döntöttem mintám biobankban történő elhelyezése mellett. A beleegyezésemet jogomban áll bármikor visszavonni további indoklás, illetve bármiféle, a jövőbeni orvosi ellátásomat érintő hátrányos következmény nélkül. Ezt írásban tehetem meg. Tudomásul veszem, hogy a vizsgálatokban való részvételért anyagi juttatásban nem részesülök. Tudomásul veszem 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. Ennek kapcsán semmiféle személyes anyagi követelést nem támaszthatok.

A jelen nyilatkozatban foglaltakat megértettem, tudomásul vettem és aláírással hitelesítem.

Dátum:
Érintett (vagy Törvényes Képviselője) aláírása

A felvilágosítást végző orvos (név, beosztás):

Dátum:
Orvos pecsétje, aláírása