

**IDEG-, IZOM-, BŐRBIOPSIA ELVÉGZÉSÉRE ÉS ANNAK VIZSGÁLATÁBA BELEEGYZŐ
NYILATKOZAT**

GENOMIKAI MEDICINA ÉS RITKA BETEGSÉGEK INTÉZETE / SEMMELWEIS EGYETEM

NEUROBIOPSIÁS LABORATÓRIUM

A beteg neve: -----

Születési ideje: ----- TAJ száma: -----

Alapbetegségem igazolására kezelő orvosom felvilágosítása alapján megértettem, hogy betegségem okának tisztázása céljából izom-, ideg-, vagy bőrbioopsia elvégzése és annak morfológiai feldolgozása szükséges.

Beleegyezek, hogy a kisműtét során helyi érzéstelenítésben kivett biológiai mintát a diagnózis felállításához szükséges szövettani és molekuláris pathológiai módszerekkel feldolgozzák.

A kisműtét esetleges szövődményeiről kezelő orvosomtól megfelelő felvilágosítást kaptam.

Ritka betegségek esetében beleegyezek a biológiai mintámból szövettenyészet készítésébe. A szövettenyészet tárolása ellen sincs kifogásom.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben molekuláris pathológiai vizsgálat is történik a mintából, annak 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

A DNS izolálása, annak diagnosztikus, kutatási, metodikai fejlesztési, minőségfejlesztési célokra történő vér/ szövetminta vételbe beleegyezek.

A szövetminta az SE Genomikai Medicina és Ritka Betegségek Intézetet Neurobiopsziás Laboratóriuma szövet bankjában tárolható a megfelelő biztonsági és adatvédelmi rendelkezések mellett.

Beleegyezek abba, hogy a biológiai mintámat (gyermekem DNS mintáját) az esetlegesen abból izolált DNS-t (gyermekem DNS mintáját) SE Genomikai Medicina és Ritka Betegségek Intézetet Neurobiopsziás Laboratóriuma vagy más molekuláris biológiai laboratórium a megfelelő adatvédelem mellett kutatási, metodikai fejlesztési, minőségfejlesztési célokra felhasználja. Tudomásul veszem hogy személyemet (gyermekemet) illető információk bizalmasan kezelendők.

A biológiai mintám kutatásban ill. fejlesztésben való részvételéért anyagi juttatásban nem részesülök.

Az Ön aláírása azt jelzi, hogy megértette a fenti információkat és azok elfogadásával vesz részt a szövettani és genetikai vizsgálatban. A beleegyezés nem mentesíti a vizsgálókat, az érintett intézetet a jogi és szakmai felelősség alól. Ha további információra van szüksége a fenti témát illetően forduljon bizalommal kezelő orvosához.

(A beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása)

(Dátum és a tanú aláírása)