

**BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
MINTA BIOBANKBAN TÖRTÉNŐ ELHELYEZÉSÉHEZ**

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

Név:.....
Lakcím:.....
Anyja neve:
Születési 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.

A genetikai mintám és az abból származó adatok a *személyazonosító adataimmal együtt - kódolt formában - pszeudonimizált módon - anonimizált módon* történő tárolásához járulok hozzá (a megfelelő rész aláhúzandó). 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 aláhúzandó).

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 aláírásommal hitelesítem.

Dátum.....
Érintett (vagy Törvényes Képviselője) aláírása

A felvilágosítást végző orvos (név, beosztás):

.....

Dátum:.....
Orvos, pecsétje, aláírása