



Személyes adatok

Név:.....

Születési dátum:.....

TAJ szám:.....

Szülő neve:

Szülő telefonszáma:

OPR BETEGSZÁM

KÓRHÁZ

ORVOS

TÁJÉKOZTATÓ:

A vizsgálat célja, hogy megértsük az Ön gyermeke betegségének kialakulását, betegségének esetleges **genetikai háttérét**. Kutatásaink során olyan információkhoz juthatunk, mely betegségének megállapításában és kezelésében jelentős fejlődéshez vezethetnek. Vizsgálataink eredménye a későbbiekben csökkentheti a hasnyálmirigy betegségben szenvedők kezelésének idejét vagy akár növelhetik a betegségek gyógyításának esélyeit. Célunk a hasnyálmirigy megbetegedések olyan genetikai tényezőinek felderítése mely a betegség kialakulásának háttérében állhatnak.

A VIZSGÁLAT IDŐTARTAMA ÉS A VIZSGÁLATBA VALÓ BELEEGYZÉS VISSZAVONHATÓSÁGA:

Az Ön gyermekének adatai teljesen anonim módon kerülnek felhasználásra. Az Ön kutatásba való beleegyezése önkéntes, azt bármikor akár szóban, akár írásban visszavonhatja anélkül, hogy ebből gyermekének hátránya származna. Visszavonás esetén a továbbiakban az ezzel kapcsolatos klinikai adatok még anonim módon sem kerülnek felhasználásra. Bármikor kapcsolatba léphet és további kérdéseket tehet fel kezelőorvosának és/vagy a kutatás koordinátorának.

A betegtájékoztatót (www.pancreas.hu) és a fenti rövid összefoglalót elolvasva illetve a tájékoztatást adó orvost meghallgatva megértettem az ETT TUKEB ad.52499-3/2014 engedélyű vizsgálat célját. Ezek ismeretében **a vizsgálatba beleegyezem**. Hozzájárulok, hogy gyermekem adatait tudományos célra feldolgozzák és neve említése nélkül szakdolgozatban közöljék. Továbbá hozzájárulok, hogy vérmintáját illetve adatait a vizsgálatot végző helyen a kutatás ideje alatt, annak visszavonásáig illetve az adatfelvételtől számított legalább 30 évig tárolják.

Az aláírással egyidejűleg a beleegyező nyilatkozat és a tájékoztató egy-egy eredeti példányát átvettem.

....., 20 hó nap.

.....
kutatásvezető/tájékoztatót adó orvos

.....
résztevő (beteg) aláírása

.....
törvényes képviselő aláírása¹

¹ **Nem cselekvőképes beteg** vagy **18 év alatti beteg** esetén kötelező. Amennyiben a résztvevő vagy a törvényes képviselő nem tud olvasni, akkor szükséges két tanú jelenléte és aláírása az érvényes beleegyező nyilatkozathoz.

Alulírott tanúk, aláírásunkkal igazoljuk, hogy a vizsgálatba bevonni kívánt személy, illetve törvényes képviselője számára minden lehetséges információt megadtak, és a bevonni kívánt személy és/vagy törvényes képviselője önkéntesen és befolyásolástól mentesen adta a részvételbe történő beleegyezését.

.....
1. tanú aláírása

.....
2. tanú aláírása

Név:

Név:

Lakcím:

Lakcím:

Szem. ig. szám:

Szem. ig. szám: