



Molekuláris Diagnosztikai Laboratórium

Cím: 1113 Budapest, Karolina út 19-21.

Telefon: 06 (1) 372 4449

Fax: 06 (1) 372 4448

Web: <http://www.ovsz.hu>

E-mail: molekularis.diagnozstika@ovsz.hu

Laboratóriumvezető: dr. Andrikovics Hajnalka

E-mail: andrikovics.hajnalka@ovsz.hu

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Kutatás címe: Molekuláris genetikai vércsoport meghatározások alkalmazása a vérbiztonság javítására a transfuziológiában

Kutatás azonosítási száma:

Vizsgálatvezető: Dr. Andrikovics Hajnalka, laborvezető

Bevonni kívánt személyek száma: 200-300 fő/év

Alulírott

NÉV:

Lakcím:

Anyja neve:

Születési hely, idő:

TAJ szám:

Kutatásunk célja, hogy felmérjük a hazai vércsoport variánsok típusait illetve előfordulási gyakoriságát, amely eredménnyel a vérátömlesztések során felmerült szövődmények számának csökkenéséhez járulhatunk hozzá.

A tájékoztatót elolvastam, megértettem, a vizsgálat céljáról számomra érthető és kellő felvilágosítást kaptam. Hozzájárulok ahhoz, hogy molekuláris genetikai vizsgálathoz mintát vegyenek kutatási célú vércsoport vizsgálatok elvégzésére, az eredmények tudományos közléséhez nevem és egyéb személyes adataim említése nélkül. Tudomásul vettem, hogy a kutatásban való részvételért anyagi juttatásban nem részesülök; a vizsgálat eredménye nem szolgáltat megfelelő információt egészségi állapotom vagy jövőbeli betegségeim vonatkozásában. Tudomásul vettem, hogy a mintám kódolt formában kerül tárolásra a vércsoport molekuláris genetikai vizsgálat elvégzéséig és/vagy a kutatás befejezéséig (2020. június 30.) és azt követően megsemmisítésre kerül.

Kijelentem, hogy a kutatásba való beleegyezésemet önként, befolyástól mentesen adom annak tudatában, hogy az bármikor szóban vagy írásban indoklás nélkül visszavonható.

A beleegyző nyilatkozat egy eredeti példányát átvettem.

Dátum.....

.....
részvevő személy aláírása

A tájékoztatót végző orvos (beosztása):.....

Dátum:.....

.....
tájékoztatót végző orvos aláírása

Amennyiben a résztvevő nem tud olvasni, a beleegyző nyilatkozathoz a szükséges tájékoztató megadásánál két tanú jelenléte és aláírásuk kötelező.

Igazoljuk, hogy a vizsgálatba bevonni kívánt személy minden lehetséges információt megkapott, és beleegyezést önkéntesen illetve befolyástól mentesen adta meg a kutatásba való részvételére.

.....
tanú aláírása

.....
tanú aláírása

Név:

Név:

Lakcím:

Lakcím:

Szem.ig.szám:

Szem. ig.szám: