

BIOBANKBAN TÖRTÉNŐ TÁROLÁSBA, BIOLÓGIAI MINTA KUTATÁSI CÉLOKRA TÖRTÉNŐ FELHASZNÁLÁSBA BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

A beteg neve:

Születési ideje: TAJ száma:

A tőlem vett vérből/biológiai mintából enzimaktivitás mérhető, DNS, RNS, plazma izolálható, tárolható. A későbbiekben ebből a biológiai mintából **schizophrenia** irányában orvostudományi kutatások végezhetők.

A molekuláris biológiai vizsgálat segítségével a fenti betegség vagy diagnosztizálható, vagy az arra hajlamosító rizikótényezők, vagy az egyes gyógyszerek hatékonyságát, mellékhatásait befolyásoló genetikai faktorok állapíthatók meg.

A biológiai minta molekuláris biológiai diagnosztikus, kutatási, metodikai fejlesztési, minőségfejlesztési célokra való felhasználásába beleegyezek.

A biológiai minták és klinikai adataim a SCHIZO-08 konzorcium biobankjában (Debreceni Egyetemen, 4012 Debrecen Nagyerdei krt. 98., és a Magyar Klinikai Neurogenetikai Társaság által felügyelt, a Richter Gedeon NyRt. területén elhelyezett központi biobankban 1093 Budapest, Gyömrői út 19-21.) ill. titkosított, web alapú adatbázisban tárolhatók a megfelelő biztonsági és adatvédelmi rendelkezések mellett.

Beleegyezek abba, hogy biológiai mintáimat a SHIZO-08 konzorcium a megfelelő adatvédelem mellett kutatási, metodikai fejlesztési, minőségfejlesztési célokra felhasználja. Tudomásul veszem, hogy a személyemet illető információk bizalmasan kezelendők. Személyes adataimat a vérvételt végző intézmény nem bocsáthatja más intézet rendelkezésére addig, amíg arról külön írásban nem nyilatkozok.

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 biobankban. A biológiai mintát a SCHIZO-08 Konzorcium minimum 7 évig térítésmentesen őrzi, és bármikor az Ön rendelkezésére bocsátja, ha arra egyéb betegség vonatkozásában szükség lenne. A beleegyezés nem mentesíti a vizsgálokat, 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)

A felvilágosítást nyújtó orvos aláírása:.....