

Formularz świadomej zgody na udział w programie zdrowotnym pn.: „Program - Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013-2016”

Ja niżej podpisany/podpisana*
oświadczam, że zostałem/zostałam* poinformowany/poinformowana* przez
lekarza.....

o celach i charakterze programu zdrowotnego pn.: „Program - Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013-2016”, o czasie jego trwania, sposobie przeprowadzania udzielanych świadczeń zdrowotnych, oczekiwanych korzyściach, ewentualnym ryzyku i zagrożeniach, wszelkich niedogodnościach związanych z uczestnictwem w tym Programie oraz o moich prawach i obowiązkach.

Zapoznałem/zapoznałam* się też z treścią regulaminu uczestnictwa w programie zdrowotnym pn.: „Program - Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013 – 2016”, zrozumiałem/zrozumiałam* i zaakceptowałem/zaakceptowałam* jego postanowienia. Poinformowano mnie, że dodatkowe pytania dotyczące udzielanych świadczeń zdrowotnych mogą kierować bezpośrednio do osoby personelu zatrudnionego w podmiocie realizującym Program.

Oświadczam, że wszelkie podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą i zapewniam, że będę informował/informowała* realizatora Programu na bieżąco o wszelkich zmianach w stanie mojego zdrowia.

Jestem świadomy/świadoma* przysługującego mi prawa do odstąpienia od udziału w programie zdrowotnym pn.: „Program - Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013 – 2016”..

Otrzymałem/otrzymałam* do rąk własnych formularz świadomej zgody na udział w programie zdrowotnym pn.: „Program - Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013 – 2016”. Zapoznałem/zapoznałam* się z nim, zrozumiałem/zrozumiałam* i zaakceptowałem/zaakceptowałam jego treść oraz miałem/miałam* możliwość zadania pytań.

Niniejszym wyrażam świadomą i swobodną zgodę na udział w programie zdrowotnym pn.: „Program - Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013 – 2016”.

.....
*imię i nazwisko osoby zgłaszającej się
do udziału w Programie (drukowanymi literami)*

.....
*podpis osoby zgłaszającej się
do udziału w Programie* *data*

Oświadczenie osoby odbierającej Formularz świadomej zgody na udział w Programie

Ja niżej podpisany/podpisana wyjaśniłem/wyjaśniłam* osobie zakwalifikowanej do udziału w programie zdrowotnym pn.: „Program - Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013 – 2016” szczegóły tego programu, regulaminu uczestnictwa w programie zdrowotnym pn.: „Program - Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013 – 2016” zgodnie z opisem w Formularzu Informacyjnym dla Pacjenta. Zanim podjęte zostały jakiegokolwiek procedury omówiłem/omówiłam* z osobą jej udział w całym programie informując o celu i charakterze badania klinicznego oraz o korzyściach i zagrożeniach wynikających z udziału w programie. Przekazałem/przekazałam* do rąk własnych regulaminu uczestnictwa w programie zdrowotnym pn.: „Program - Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013 – 2016” dla oraz formularz świadomej zgody na udział w tym programie.

.....
*imię i nazwisko osoby zgłaszającej się
do udziału w Programie (drukowanymi literami)*

.....
podpis i pieczęć przedstawiciela realizatora *data*
przyjmującego oświadczenie

* Niepotrzebnie skreślić