

Świadoma zgoda pacjenta na udział w badaniu klinicznym

„Ból obręczy miednicznej związany z ciążą – występowanie po porodzie oraz związek z rozstępem mięśnia prostego i funkcją mięśni dna miednicy”.

Ja niżej podpisana.....
Oświadczam, że przeczytałam i zrozumiałam informacje dotyczące opisanego badania zawarte w „Formularzu informacji dla Uczestnika badania”, odnośnie jego istoty, znaczenia, a także skutków i ryzyka z nim związanego oraz otrzymałam wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym badaniu i jestem świadoma faktu, iż w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części badania bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w badaniu nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Wyrażam zgodę, by dla kontroli poprawności wykonania badania przedstawiciele krajowych, zagranicznych lub międzynarodowych instytucji nadzorujących badanie, mieli wgląd w moje dane osobowe oraz dokumentację zawierającą zgromadzone do badania dane pod warunkiem, że są oni związani z procesem badawczym.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych w tym badaniu zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem (Ustawa o Ochronie Danych Osobowych z 29.08.1997). Zgadzam się na przekazanie moich zanonimizowanych danych do innych krajów, zarówno w obrębie Europy jak i poza nią. Zostałam poinformowana, iż administratorem danych jest Małgorzata Starzec, doktorantka Zakładu Rehabilitacji II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Imię i nazwisko pacjenta:.....
(drukowanymi literami)

PESEL:.....

Data urodzenia:.....

Miejscowość.....data:..... Podpis:.....

Oświadczam, że omówiłam przedstawione badanie z pacjentką używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłam informacji dotyczących natury i znaczenia badania.

Osoba uzyskująca zgodę na badanie: MAŁGORZATA STARZEC

Podpis.....

data złożenia podpisu.....