

DEKLARACJA WYRAŻENIA ZGODY (dziecko >16 lat)

na udział w badaniu naukowym: Znaczenie badań serologicznych w diagnostyce celiakii

Nazwisko i imię dziecka (DRUKOWANYMI literami)

data urodzenia -----

Oświadczam, że uzyskałem /-am od _____ (nazwisko lekarza) szczegółowe informacje odnośnie charakteru, przebiegu i znaczenia niniejszego badania. Otrzymałem/-am dokument będący informacją dla pacjenta (rodziców/opiekunów dziecka) oraz zrozumiałem/-am zawarte w nim informacje. Wiem również, że w trakcie badań mam możliwość zadawania pytań prowadzącemu badanie, na które powinienem/-am otrzymać wyczerpującą odpowiedź.

Niniejszym oświadczam i potwierdzam własnoręcznym podpisem, że wyrażam zgodę na udział w rzeczonym badaniu oraz poddaję się związanym z nim badaniom lekarskim.

Wiem, że mogę wycofać się z udziału w niniejszym badaniu bez podawania powodu swojej decyzji, co nie będzie miało jakiegokolwiek negatywnego wpływu na leczenie, a moje dane będą traktowane poufnie i podlegają ochronie prawnej zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. Ust. Nr 133, poz. 888).

Rozumiem, że lekarz prowadzący badanie ma pełne prawo wyłączenia mnie z dalszego w nim udziału, a przystąpienie do badań nie wpływa na dotychczasowe ubezpieczenie zdrowotne.

data i miejsce

podpis dziecka

data i miejsce

podpis lekarza

pieczęć
lekarza

Jedna kopia podpisanej deklaracji wyrażenia zgody jest przechowywana przez lekarza prowadzącego badanie, drugą kopię otrzymują opiekunowie/rodzice dziecka
--