

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 "CENTRUM ZDROWIA KIELCE" sp. z o.o., 25-310 Kielce, ul. Tadeusza Kościuszki 11, 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
(wypełnia lekarz/pracownik klinik)**

Ja niżej podpisany/podpisana **wyjaśniłem/wyjaśniłam*** osobie zarejestrowanej 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
przyjmującego oświadczenie*

.....
data

** Niepotrzebnie skreślić*