

ZGODA NA UDZIAŁ W BADANIU VIDEO EEG**Imię i nazwisko:****Pesel/ Data urodzenia:****Nr ks. gł.:**

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o celu powyższego badania klinicznego, czasie trwania, sposobie jego przeprowadzenia, oczekiwanych rezultatach, wszelkich niedogodnościach związanych z uczestnictwem w tym badaniu. Udzielono mi także informacji, że badanie to polega na jednoczasowej rejestracji komputerowej klasycznego zapisu EEG z obrazem video zachowania pacjenta.

Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu przeprowadzenia wideometrii w niezbędnym zakresie, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie wymagała tego sytuacja w trakcie badania.

Umożliwiono mi zadawanie personelowi pracowni pytań dotyczących wykonywanego badania.

Działając na podstawie Ustawy o Ochronie Danych Osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku, Dz. U. 1997 r. Nr 133 poz. 883 z późniejszymi zmianami oraz Polityki Bezpieczeństwa Informacji szpital gwarantuje, iż uzyskane dane i zarejestrowany obraz video będą traktowane jako poufne i używane tylko w celach diagnostycznych.

Jestem świadoma/y przysługującego mi prawa do odstąpienia od udziału w badaniu na każdym jego etapie, bez podania przyczyny. Wiem również, że skorzystanie z tego prawa nie wpłynie na dalszy przebieg mojego leczenia.

Niniejszym wyrażam zgodę na udział w badaniu Video EEG w celu ustalenia zmian chorobowych i oceny ich nasilenia.

.....
data, imię i nazwisko lekarza

.....
data, czytelny podpis pacjenta

Nie wyrażam zgody na badanie Video EEG.

.....
data, czytelny podpis pacjenta