

Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr J. Biziela
 Centrum Interwencyjnego Leczenia Udarów Mózgu
 Oddział Neurologii
 Pracownia EEG i VIDEO EEG
 Ul. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz
 Tel. 52-3955571, 52-3655565

ZGODA NA UDZIAŁ W BADANIU VIDEO EEG

Imię , nazwisko

PESEL:

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 jednoczesowej 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 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