



ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA BADANIE

Imię i nazwisko pacjenta

Numer PESEL pacjenta

Oświadczam, że:

- Zostałem/am poinformowany/a o zakresie planowanej u mnie/u mojego dziecka diagnostyki z uwzględnieniem ewentualnie zleconych badań laboratoryjnych, alergologicznych oraz badań czynnościowych układu oddechowego;
- Zostałem/am szczegółowo i w zrozumiały sposób poinformowany/a o celowości i istocie planowanych badań oraz potencjalnych skutkach zdrowotnych mogących być ich następstwem;
- Zostałem/am szczegółowo poinformowany/a o głównych założeniach i celach projektu „Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki. Prowadzenie działań zapobiegawczych, w tym, podejmowanie inicjatyw na rzecz profilaktyki chorób zawodowych i związanych z pracą, w tym ze służbą żołnierzy zawodowych i funkcjonariuszy oraz wzmocnienie zdrowia pracujących”, realizowanego przez Instytut Medycyny pracy w Łodzi, w ramach Narodowego Programu Zdrowia, w którym uczestniczę/uczestniczy moje dziecko
- Otrzymałem/łam pisemną informację dotyczącą planowanych badań i stwierdzam, że zapoznałem/łam się z opisem badań, ich celowością oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w ich wyniku;
- Wyrażam zgodę na wykorzystywanie pobranego ode mnie/od mojego dziecka, w trakcie planowanych badań, materiału biologicznego do celów naukowych w dziedzinie alergologii i patologii zawodowej.
- Wyrażam zgodę na wykonanie proponowanych procedur medycznych u mnie/u mojego dziecka

Łódź, dnia **Podpis opiekuna prawnego**

Łódź, dnia **Podpis uczestnika badania**