

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА
Пацієнта (здорового добровольця) на участь у дослідженні

Я, що нижче підписався(-лась)

_____ прізвище, ім'я, по батькові
і мешкаю за адресою _____
згоден(на) взяти участь у проведенні дослідження на тему: _____

Передбачається встановити

(суть дослідження, в якому бере участь суб'єкт)

Я детально поінформований(на) науковцем,

_____ прізвище, ім'я, по батькові

який проводить дане дослідження, про його мету, завдання та строки дослідження.

Я мав(ла) можливість поставити йому запитання з усіх аспектів дослідження. Мені також надано для ознайомлення Інформаційний лист учасника дослідження.

Я поінформований(на):

- з питань ризиків, пов'язаних з участю у дослідженні, про права і гарантії, передбачені для захисту пацієнта (здорового добровольця) при виникненні ризиків;
- я розумію, що моя участь є добровільною і я маю можливість вийти з дослідження в будь-який час без пояснення причин;
- я розумію, що участь у дослідженні є безоплатною.
- я отримав копію цієї ІНФОРМОВАНОЇ ЗГОДИ;

Я знаю, що інформація про мою участь у дослідженні залишається суворо конфіденційною.

Я згоден(на) з тим, що узагальнені результати дослідження можуть бути опубліковані, обговорюватись дослідниками, а також представниками уповноважених державних структур із збереженням конфіденційності щодо моїх особистих даних.

Отримавши роз'яснення, я повністю згоден(на) співробітничати з дослідником та негайно інформувати його в разі порушення мого самопочуття.

_____ підпис дослідника, ПІБ

Прочитав і згоден(на)

_____ підпис пацієнта (здорового добровольця)

_____ прізвище, ім'я, по батькові

“ _____ ” _____ 20 ____ р.

ЗГОДА на збір та обробку персональних даних пацієнта (здорового добровольця)

Я,

(прізвище, ім'я, по батькові пацієнта (здорового добровольця)/

_____,
його законного представника/близьких родичів)

шляхом підписання цього тексту, відповідно до Закону України “Про захист персональних даних” від 1 червня 2010 року № 2297-VI, надаю Комітету з питань біоетики Міжнародного європейського університету (далі – Комітет) згоду на збір та обробку персональних даних, які можливо будуть використовуватися під час проведення наукового дослідження/ експериментальної розробки/ клінічного випробування/ дисертаційного дослідження/ статті

повна назва наукового дослідження/клінічного випробування/експериментальної розробки/дисертаційного дослідження/ статті

Обсяг моїх персональних даних (ПІБ, дата народження, реєстраційний номер облікової картки платника податків, номер та серія паспорту (іншого документа, за яким можна ідентифікувати особу), адреса проживання, номери телефонів), які оброблятимуться під час проведення наукового дослідження/ експериментальної розробки/ клінічного випробування/ дисертаційного дослідження/ статті визначається на підставі «Положення про Комітет з питань біоетики Міжнародного європейського університету». Передача моїх персональних даних третім особам здійснюється Комітетом у випадках, передбачених законодавством України.

Пацієнт або його законний представник/близький родич

підпис пацієнта (здорового добровольця)

прізвище, ім'я, по батькові

“ ____ “ _____ 20 ____ р.

Керівник проекту/науковий керівник дисертанта:

підпис

прізвище, ім'я, по батькові

“ ____ “ _____ 20 ____ р.
дата