Załącznik do wniosku do Komisji Bioetycznej działającej przy Instytucie Nauk Medycznych Uniwersytetu Opolskiego

**ZGODA OPIEKUNA PRAWNEGO/RODZICA** **NA UDZIAŁ   
W EKSPERYMENCIE MEDYCZNYM**

**Imię i nazwisko uczestnika eksperymentu medycznego:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Adres:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………

**Imię i nazwisko opiekuna prawnego/rodzica:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Tytuł eksperymentu medycznego:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Imię i nazwisko lekarza kierującego eksperymentem medycznym:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Telefony kontaktowe dla uczestnika eksperymentu medycznego:** .………………………………………….

**Niniejszym oświadczam, że:**

1. Zostałem/am poinformowany/a przez ………………….………………………………………………………………………. o założeniach, celach, przebiegu i sposobie przeprowadzenia oraz o przewidywanych korzyściach   
   i ryzyku związanym z udziałem mojego dziecka/podopiecznego w tym badaniu
2. Miałem/am możliwość zadawania pytań prowadzącemu projekt badawczy i otrzymałem/am odpowiedzi na te pytania
3. Zapoznałem/am się z treścią „*Informacji dla opiekuna prawnego/rodzica uczestnika eksperymentu*”, której 1 egz. otrzymałem/am i rozumiem na czym polega projekt badawczy   
   w którym będzie uczestniczyć moje dziecko/podopieczny oraz rozumiem, że ma on charakter eksperymentu medycznego
4. Rozumiem, że mogę odmówić zgody na udział w badaniu lub cofnąć wyrażoną zgodę w każdej chwili, także w trakcie jego trwania, co w żaden sposób nie wpłynie na dalsze leczenie.
5. W informacji dla badanego zostałem/am zapoznany/a z warunkami ubezpieczenia obejmującego ewentualne negatywne skutki uczestniczenia mojego dziecka/podopiecznego w projekcie badawczym i zaakceptowałem/am te warunki. Otrzymałem/am również do wglądu polisę, z której one wynikają
6. Dobrowolnie wyrażam zgodę na udział mojego dziecka/podopiecznego w eksperymencie medycznym
7. 1 egz. niniejszego dokumentu otrzymałem/am

…………………………………………………….. ………………………………………………………..

Czytelny podpis Podpis osoby odbierającej zgodę

opiekuna prawnego/rodzica (lekarza kierującego eksperymentem)