

Privolitev za sodelovanje v medicinski raziskavi

PODATKOVNI DEL

Podatki o pacientu/nalepka			
Priimek in ime:			
Datum in kraj rojstva:			
Prebivališče:			
ZZSZ številka zavarovane osebe:			
Pacient je prejel kopijo (ustrezno označi):	Da ☐	Ne ☐	
Posebne zahteve (na primer drugačen jezik / drugačna komunikacijska metoda):			
Odgovorni zdravnik ali drug zdravstveni strokovnjak, ki daje pojasnilo:			

Podatki o raziskavi	
Naziv raziskave:	
Šifra:	
Organizacija, ki izvaja raziskavo:	
Kontakt:	
Naziv izvajalca zdravstvenih storitev:	
Organizacijska enota:	
Kontakt:	

POJASNJEVALNI DEL

(izpolni zdravnik ali drug zdravstveni strokovnjak, ki ima primerno znanje o predlaganem posegu oziroma zdravstveni oskrbi)

1. Naziv raziskave:
1.1. Raziskovalci (osebno ime, naziv, funkcija, ustanova)
Vodja:
Član:
Član:
Član:
2. Namen in koristi raziskave (kratka obrazložitev):
3. Čas in kraj raziskave:
4. Način izvedbe oziroma potek raziskave (vloga pacienta):
4.1 Način dokumentiranja (podatki, rezultati, izjave itd.):
5. Resna ali pogosta tveganja in možni zapleti:

6. Izjava o zaupnosti:

Vse informacije o vas, s katerimi se bodo seznanili raziskovalci, bodo varovane kot poklicna skrivnost in ne bodo javno objavljene, razkrite ali posredovane osebam, ki do tega niso upravičene po zakonu ali na podlagi vaše privolitve. Osebni podatki bodo zavarovani v skladu s predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov ter_____.

7. Izjava o prostovoljnem sodelovanju:

Vaše sodelovanje v raziskavi je prostovoljno in ga lahko kadar koli prekličete. Vaša odločitev o prenehanju sodelovanja ne bo vplivala na zdravstveno oskrbo, ki bi jo bili sicer deležni ali na odnos zdravstvenega osebja do vas.

8. Kontaktne podrobnosti:**9. Podpis vodje ali pooblaščen osebe:****Poklicni naziv:****Priimek in ime(tiskano):****Datum:****10. Podpis prevajalca oziroma tolmača:****Poklicni naziv:****Priimek in ime(tiskano):****Datum:**

PRIVOLITVENI DEL

1. Osebna privolitev pacienta	
Podpis pacienta:	Datum in ura:
Priimek in ime pacienta (<i>tiskano</i>):	

2. Privolitev po zakonitem zastopniku ali drugih osebah (če pacient ni sposoben odločanja o sebi)	
Podpis:	Datum in ura:
Priimek in ime (<i>tiskano</i>):	Razmerje do pacienta:
Rojstni datum ali EMŠO:	Kontaktne podatke:
Podpis:	Datum in ura:
Priimek in ime (<i>tiskano</i>):	Razmerje do pacienta:
Rojstni datum ali EMŠO:	Kontaktne podatke:
Podpis:	Datum in ura:
Priimek in ime (<i>tiskano</i>):	Razmerje do pacienta:
Rojstni datum ali EMŠO:	Kontaktne podatke:

Opombe:

3. Soglasje konzilija ali drugega zdravnika	
Priimek in ime (<i>tiskano</i>):	
Poklicni naziv tolmača (<i>tiskano</i>):	
Drugi kontaktne podatke:	
Datum:	Podpis:

Priimek in ime (<i>tiskano</i>):	
Poklicni naziv tolmača (<i>tiskano</i>):	
Drugi kontaktni podatki:	
Datum:	Podpis:

Priimek in ime (<i>tiskano</i>):	
Poklicni naziv tolmača (<i>tiskano</i>):	
Drugi kontaktni podatki:	
Datum:	Podpis:

Opombe:
