

**OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO  
DZIECKA BADANEGO**

Nazwisko i imię osoby badanej :	
Lat:	Adres :

Imię i nazwisko kierownika badań : <b>Lek. Agnieszka Honisz</b>
Telefony kontaktowe dla badanego : <b>785983560</b>

Temat badania : <b>„ Objawy depresyjne a jakość życia i radzenie sobie z trądzikiem pospolitym u nastolatków”.</b>
---

**Niniejszym oświadczam,**

że zostałam/em poinformowana/y  
przez **Lek. Agnieszkę Honisz**

1. O celu zamierzonych badań i sposobie ich przeprowadzenia oraz, że miałam możliwość zadawania pytań prowadzącemu eksperyment i otrzymałam odpowiedzi na te pytania: rozumiem na czym badania te mają polegać i do czego potrzebna jest moja zgoda. Zapoznałam się z treścią ” *Informacji dla rodzica/opiekuna prawnego dziecka badanego*”, której 1 egz otrzymałam. Zostałam/em poinformowana o potencjalnym ryzyku związanym z programem badawczym. Tak więc, dobrowolnie wyrażam zgodę na poddanie eksperymentowi medycznemu mojego dziecka.
2. Mogę odmówić zgody na udział w badaniach lub cofnąć ją w każdej chwili –także podczas ich wykonywania, co w żaden sposób nie wpłynie na dalsze leczenie mojego dziecka.
3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych mojego dziecka w zakresie niezbędnym dla prowadzenia badań, jednakże z zastrzeżeniem poufności uniemożliwiającej identyfikację mojego dziecka przez inne osoby prawne i fizyczne niż wymienione w protokole jako prowadzące badanie.
4. W informacji dla rodzica/opiekuna prawnego dziecka badanego zostałam/em zapoznany z warunkami ubezpieczenia obejmującego ewentualne negatywne skutki uczestniczenia w badaniu i akceptuję te warunki. Otrzymałam do wglądu polisę, z której one wynikają.

1 egz. „oświadczenia rodzica/opiekuna prawnego dziecka badanego” otrzymałam/łem.

\_\_\_\_\_  
data i podpis kierownika badań

\_\_\_\_\_  
data i podpis badanego lub rodzica/ opiekuna

Potwierdzenie przekazania i otrzymania informacji.

<b>Informacji udzielil/a:</b>	<b>Imię i nazwisko:</b> Agnieszka Honisz	<b>Data:</b>	<b>Podpis:</b>
<b>Kierownik badania:</b>	<b>Imię i nazwisko:</b> Agnieszka Honisz	<b>Data:</b>	<b>Podpis:</b>
<b>Pacjent/uczestnik badania:</b>	<b>Imię i nazwisko:</b>	<b>Data:</b>	<b>Jeden egz. niniejszej Informacji otrzymałam/em.</b> <b>Podpis:</b>
<b>Inne osoby obecne, np. Opiekun:</b>	<b>Imię i nazwisko:</b>	<b>Data:</b>	<b>Podpis:</b>