

Załącznik nr 2

do regulamin uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej pn. „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028”

Formularz świadomej zgody na udział w programie polityki zdrowotnej pn.: „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028”

Ja niżej podpisany/podpisana*
oświadczam, że zostałem/zostałam* poinformowany/poinformowana* przez

..... o celach i charakterze programu polityki zdrowotnej pn.: „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028” (zwanego dalej „Programem”), o czasie jego trwania, sposobie przeprowadzania udzielanych świadczeń, oczekiwanych korzyściach, ewentualnym ryzyku i zagrożeniach, wszelkich niedogodnościach związanych z uczestnictwem w tym Programie oraz o moich prawach i obowiązkach.

Zapoznałem/zapoznałam* się też z treścią regulaminu uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej pn.: „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028”, zrozumiałem/zrozumiałam* i zaakceptowałem/zaakceptowałam* jego postanowienia. Poinformowano mnie, że dodatkowe pytania dotyczące udzielanych świadczeń zdrowotnych mogą kierować bezpośrednio do personelu ośrodka medycznie wspomaganej prokreacji realizującego Program.

Oświadczam, że wszelkie podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą i zapewniam, że będę informował/informowała* realizatora Programu na bieżąco o wszelkich zmianach w stanie mojego zdrowia, o przebiegu ciąży, porodu oraz o stanie zdrowia dziecka do ukończenia przez dziecko okresu noworodkowego.

Jestem świadomy/świadoma* przysługującego mi prawa do odstąpienia od udziału w programie polityki zdrowotnej pn.: „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028”.

Otrzymałem/otrzymałam* do rąk własnych formularz świadomej zgody na udział w programie polityki zdrowotnej pn.: „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028”. Zapoznałem/zapoznałam* się z nim, zrozumiałem/zrozumiałam* i zaakceptowałem/zaakceptowałam jego treść oraz miałem/miałam* możliwość zadania pytań.

Niniejszym wyrażam świadomą i swobodną zgodę na udział w programie polityki zdrowotnej pn.: „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028”.

.....
imię i nazwisko osoby zgłaszającej się
do udziału w Programie (drukowanymi literami)

.....
podpis osoby zgłaszającej się
do udziału w Programie

.....
data

Oświadczenie osoby odbierającej Formularz świadomej zgody na udział w Programie

Ja niżej podpisany/podpisana wyjaśniłem/wyjaśniłam* osobie zgłaszającej się do udziału w programie zdrowotnym pn.: „**Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028**” szczegóły tego programu, regulaminu uczestnictwa w polityki zdrowotnej pn.: „**Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028**” zgodnie z opisem w Formularzu Informacyjnym dla Pacjenta. Zanim podjęte zostały jakiegokolwiek procedury omówiłem/omówiłam* z osobą jej udział w całym programie informując o celu i charakterze programu oraz o korzyściach i zagrożeniach wynikających z udziału w programie. Przekazałem/przekazałam* do rąk własnych **regulamin uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej pn.: „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028”** oraz formularz świadomej zgody na udział w tym programie.

.....
*imię i nazwisko osoby zgłaszającej się
do udziału w Programie (drukowanymi literami)*

.....
*podpis i pieczęć przedstawiciela realizatora
przyjmującego oświadczenie*

.....
data

** Niepotrzebnie skreślić*