



CZĘŚĆ II: Oświadczenie o dobrowolnej zgodzie na udział w badaniu

Formularz świadomej zgody

Ja niżej
podpisany(a)
oświadczam, że przeczytałem/am i zrozumiałem/am powyższe informacje dotyczące
opisanego badania, miałem/am możliwość zadawania pytań oraz otrzymałem/am
wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam
dobrowolnie zgodę na udział w tym badaniu i jestem świadomy/świadoma faktu, iż w
każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części badania bez podania
przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w badaniu nie zrzekam się żadnych
należnych mi praw. Otrzymam jedną z dwóch kopii niniejszego formularza opatrzoną
podpisem i datą.

Przez podpisanie tego dokumentu potwierdzam również, że zostałem/zostałam
poinformowany/poinformowana o sposobie przetwarzania danych z badania i że dane te
będą weryfikowane przez ich porównanie z moją dokumentacją medyczną oraz, że dane
te są zbierane jedynie w celu naukowej analizy badania.

Wyrażam zgodę, aby po zakończeniu tego badania moje anonimowe dane i materiał
biologiczny były wykorzystane do kolejnych badań naukowych w celu poszerzenia
wiedzy w badanym obszarze

☐ TAK

☐ NIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych w tym badaniu zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem (Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE). Zgadzam się na przekazanie moich anonimowych danych do innych krajów, zarówno w obrębie Europy jak i poza nią.

Uzyskane dane będą dostępne jedynie w postaci anonimowej. Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana, iż w przypadku wycofania zgody na udział w badaniu zgromadzone do tej pory dane mogą zostać wykorzystane i przetwarzane jako część bazy danych badania.

Zostałem/am poinformowany/a, że zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.:

Administratorem moich danych osobowych jest Warszawski Uniwersytet Medyczny (WUM) z siedzibą w Warszawie, ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa,

z Inspektorem Ochrony Danych w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym można skontaktować się za pomocą adresu: iod@wum.edu.pl lub pod numerem telefonu: (22) 57 20 320.

Moje dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji badania: „Badanie przesiewowe w kierunku przewlekłej choroby nerek wśród pacjentów aptek ogólnodostępna z rozpoznaną cukrzycą typu 2” w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym na podstawie art. 9 ust. 2 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., moje dane osobowe mogą być ujawniane wyłącznie:

- osobom upoważnionym u administratora do przetwarzania danych osobowych,
- podmiotom przetwarzającym na mocy umowy powierzenia,
- przedstawicielom krajowych, zagranicznych lub międzynarodowych instytucji nadzorujących badanie kliniczne po spełnieniu warunków określonych w Rozdziale V ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
- innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.

Moje dane osobowe przechowywane będą wyłącznie przez okres wymagany przez obowiązujące przepisy prawa.

Wersja nr 1.0, 09.04.2025r.

Posiadam prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu i prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.

Posiadam prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzasadnione jest, że Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są przez administratora niezgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne.

Decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, nie będę podlegać profilowaniu.

Pacjent:

.....

Imię i nazwisko

Podpis

Data złożenia podpisu

(drukowanymi literami)

(ręką pacjenta)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie oraz udostępniam moje dane kontaktowe w postaci:

numer telefonu:

.....

w celu przeprowadzania telefonicznej konsultacji kontrolnej i realizacji badania.

Imię i nazwisko

Podpis

Data złożenia podpisu

(drukowanymi literami)

(ręką pacjenta)

Oświadczam, że omówiłem/omówiłam przedstawione badanie z pacjentem/pacjentką używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłem/udzieliłam informacji dotyczących natury i znaczenia badania.

Wersja nr 1.0, 09.04.2025r.

Osoba uzyskująca zgodę na badanie

.....

Imię i nazwisko

Podpis

Data złożenia podpisu

(drukowanymi literami)

(ręką pacjenta)

Wersja nr 1.0, 09.04.2025r.

ul. Banacha 1
02-097 Warszawa
www.wum.edu.pl

tel.: +48 22 116 61 61
farmakoterapia@wum.edu.pl