

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 uczestniczeniem 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 nie uczestniczę równocześnie w żadnej innej procedurze medycznie wspomaganej prokreacji oraz, że nie figuruję z partnerem/ partnerką jako para na liście oczekujących u innego realizatora.

Oświadczam, że wszelkie podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą i zapewniam, że będę informował/informowałam* 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

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”

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 jakiekolwiek 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