Załącznik nr 2 do Regulaminu

Komisji Bioetycznej Akademii Kaliskiej

**Informacja dla uczestników badania**

1. Nazwa jednostki badawczej

.........................................................................................................................................

1. Temat badania

.........................................................................................................................................

1. Imię i nazwisko kierownika badania, telefon kontaktowy

.........................................................................................................................................

1. Imię i nazwisko osoby badanej, wiek

.........................................................................................................................................

1. Cele i zasady przeprowadzenia badania

.........................................................................................................................................

.........................................................................................................................................

.........................................................................................................................................

1. Korzyści lecznicze i inne

.........................................................................................................................................

.........................................................................................................................................

.........................................................................................................................................

1. Ryzyko związane z poddaniem się badaniu

.........................................................................................................................................

.........................................................................................................................................

.........................................................................................................................................

1. Warunki ubezpieczenia obejmującego ewentualne negatywne skutki uczestniczenia w badaniu

.........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

..............................................................................................................................................

*Imię i nazwisko kierownika badania data podpis*

**Jeden egzemplarz niniejszej informacji otrzymałam/em.**

.................................................................................................................................................

*Imię i nazwisko uczestnika badania data podpis*