

## **Informovaný súhlas**

Som informovaný/á o všetkých skutočnostiach a rizikách, ktoré budú vykonávané v rámci vypracovania bakalárskej práce: Poruchy otolitového systému u pacientov s polohovým závratom. Som si vedomý/á, že môžem počas štúdie klásť otázky a môžem kedykoľvek odstúpiť. Som uzrozumený/á s priebehom vyšetovania a následným spracovaním a anonymným publikovaním výsledkov. Dobrovoľne súhlasím/nesúhlasím s účasťou na výskumnej práci. Súhlasím/nesúhlasím s vykonávaním fotodokumentácie počas testovania.

\*nehodiace sa preškrtnite

Pán/Pani:

Dátum:

Podpis: