

PŘÍLOHY

Příloha 1 - Informovaný souhlas pacienta – vzor

Informovaný souhlas pacienta

Název bakalářské práce (dále jen BP):

Fyzioterapie v léčbě funkčních poruch hybnosti – motorických disociativních (konverzních) poruch

Stručná anotace BP (shrnutí tématu a průběhu zpracování BP sdělované pacientovi):

Funkční poruchy hybnosti představují častý důvod návštěv neurologů, nedostatečné znalosti etiopatogeneze a nejasné klinické názory na diagnostiku a léčbu z nich však činí jedny z nejobtížněji diagnostikovatelných a léčitelných onemocnění. Teoretická část práce bude poskytovat ucelený přehled informací o funkčních poruchách hybnosti a roli fyzioterapie v jejich léčbě, vytvořený na základě rešerše dostupné literatury. Praktická část bude tvořena kazuistikami pacientů s funkčními poruchami hybnosti. Vyšetření a terapie pacientů budou probíhat na Neurologické klinice 1. LF UK a VFN.

Jméno a příjmení pacienta:

Datum narození:

Kazuistika pacienta pod číslem:

1. Já, níže podepsaný/á souhlasím s mou účastí v BP, jejíž výsledky budou anonymně zpracovány. Je mi více než 18 let a jsem svéprávný/á.
2. Byl/a jsem podrobně a srozumitelně informován/a o cíli BP a jejích postupech, a o tom, co se ode mě očekává. Byl mi vysvětlen očekávaný přínos BP.
3. Porozuměl/a jsem tomu, že svou účast v BP mohu kdykoliv přerušit či zcela zrušit, aniž by to jakkoliv ovlivnilo průběh mé další léčby. Moje spolupráce při tvorbě BP je dobrovolná.
4. Informace získané o mé osobě, včetně videí a fotografií, budou zpracovány a zveřejněny přísně anonymně. Souhlasím s publikováním anonymizovaných dat i jinde než v samotné BP.
5. S mou spoluprací při tvorbě BP není spojeno poskytnutí žádné finanční ani jiné odměny.
6. Obdržím podepsaný a datem opatřený stejnopis Informovaného souhlasu.

Datum:

Podpis pacienta:

Podpis autora BP: