

## Świadoma zgoda na zastosowanie terapii lekiem NALTREKSONE (1mg, 2mg, 3mg, 4,5 mg) POZA WSKAZANIAMI REJESTRACYJNYMI

**Ja niżej podpisana .....**

Oświadczam, że przeczytałam i rozumiałam informacje dotyczące zastosowania leku Naltreksone – LDN – low dose Naltrexone poza wskazaniami rejestracyjnymi oraz otrzymałam wyczerpujące oraz satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na terapię lekiem poza wskazaniami rejestracyjnymi i jestem świadoma, że w każdej chwili mogę zaprzestać dalszej części terapii. Przez podpisanie zgody na terapię lekiem poza wskazaniami rejestracyjnymi, nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

Zostałam poinformowana, że administratorem danych osobowych będzie zakład opieki zdrowotnej, w którym prowadzona, ordynowana będzie terapia lekiem poza wskazaniami rejestracyjnymi.

Imię i nazwisko (drukowanymi literami) .....

Podpis .....

Data złożenia podpisu (ręką pacjentki) .....

### **Oświadczenie lekarza odpowiedzialnego za zastosowanie leku poza wskazaniami rejestracyjnymi**

Oświadczam, że omówiłam przedstawione badania z pacjentką używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłam informacji dotyczących natury i znaczenia terapii lekiem poza wskazaniami rejestracyjnymi.

Imię i nazwisko (drukowanymi literami) .....

Podpis i pieczęć lekarza .....

Data złożenia podpisu .....