

## OŚWIADCZENIE PACJENTA LECZONEGO PREPARATEM ISODERM

Ja, niżej podpisany (czytelne imię i nazwisko pacjenta)

.....  
Data urodzenia:

.....  
Adres: .....

.....  
Oświadczam, że zostałem dokładnie poinformowany przez lekarza prowadzącego terapię

Dr.....  
o **możliwości wystąpienia efektów niepożądanych w trakcie leczenia preparatem Isoderm**

Rozumiem konieczność ścisłego przestrzegania zaleceń lekarza prowadzącego oraz **zobowiązuję się do przestrzegania wszystkich środków ostrożności.**

Jestem świadomy tego, że:

1. Podczas przyjmowania leku Isoderm oraz w okresie 1 miesiąca od zakończenia leczenia **nie mogę być dawcą krwi**, aby nie narażać ciężarnych kobiet, które mogłyby otrzymać tę krew, na ryzyko powstania wad rozwojowych u ich nienarodzonych dzieci. Nieprzestrzeganie tego zalecenia może skutkować konsekwencjami karnymi i odpowiedzialnością cywilną.
2. **Nie wolno mi udostępniać leku Isoderm innym osobom**, nawet jeśli mają takie same objawy chorobowe.
3. Po zakończeniu leczenia **jestem zobowiązany zwrócić niewykorzystane kapsułki do apteki**, w celu ich utylizacji.

*Data, miejsce, podpis pacjenta*

.....

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Ustawą z dn. 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. Ust. Nr 133 poz. 883 z późn. zm.) niezbędnych do procesu prowadzenia leczenia preparatem Isoderm