

Informovaný souhlas pacienta

Název bakalářské práce (dále jen BP):

Problematika funkčních poruch hybnosti v neurologii a možnosti jejich fyzioterapeutického ovlivnění

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 možnostech využití fyzioterapie k jejich ovlivnění, vytvořený na základě rešerše dostupné literatury a studií. Praktická část bude tvořena kazuistikami pacientů s funkčními poruchami hybnosti.

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/svéprávná.
- 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 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: