**Informovaný souhlas pacienta**

* Potvrzuji, že jsem si přečetl/a informační formulář k Registru kardiogenního šoku (CZECH-SHOCK) a že jsem jeho informacím porozuměl/a. Měl jsem možnost položit doplňující otázky a dostal/a jsem na ně přiměřené odpovědi a měl/a jsem dostatečný čas a prostor ke zvážení účasti ve studii.
* Jsem si vědom/a, že moje účast je zcela dobrovolná.
* Souhlasím, že tyto osoby, jmenovitě: členové nemocničního zdravotnického týmu, členové České výboru asociace akutní kardiologie majícího na starosti správnost sbíraných údajů v zúčastněných centrech, mohou mít přístup k mým identifikačním údajům.
* Chápu, že mám absolutní právo na přístup, změnu a zamítnutí jakéhokoliv použití a záznamu o těchto osobních údajích informováním svého lékaře
* Chápu, že získané údaje budou použity pouze pro vědecké účely.
* Chápu, že mé jméno se nebude nikdy vyskytovat ve vědeckých a výzkumných pracích, které mohou vzniknout na základě tohoto projektu.
* Souhlasím s použitím mých dat, jak je uvedeno v informačním dokumentu pro pacienta, a souhlasím s účasti v Českém registru kardiogenního šoku

Datum: ………………………………………………………………………………..

Jméno pacienta: …………………………………………………………………. Podpis:…………………………………………

Jméno vyšetřujícího: ………………………………………………………….. Podpis:………………………………………..

Jméno osoby (lékaře), který informoval pacienta: …………………………………………………………………….