

Žádost o sběr dat pro studijní účely ve zdravotnictví

| | |
|---|--|
| Jméno, příjmení, titul: | |
| Kontaktní údaje: | kontaktní adresa: |
| | e-mail: |
| | telefonický kontakt: |
| Zaměstnanec nemocnice | <input type="checkbox"/> ANO (uvedte pracoviště) |
| | <input type="checkbox"/> NE |
| Účel sběru dat: | <input type="checkbox"/> absolventská práce |
| | <input type="checkbox"/> bakalářská práce |
| | <input type="checkbox"/> diplomová práce |
| | <input type="checkbox"/> jiná (uvedte) |
| Název střední / vysoké / vyšší odborné školy (vyplní student střední / vysoké / vyšší odborné školy) | |
| Fakulta (vyplní student vysoké / vyšší odborné školy): | |
| Studijní obor (vyplní student vysoké / vyšší odborné školy): | |
| Ročník / semestr studia (vyplní student střední / vysoké / vyšší odborné školy): | |
| Obor specializačního vzdělání: (vyplní student specializačního vzdělávání) | |
| Název práce: | Vedoucí odborné práce: |
| Termín zahájení sběru dat: | Termín ukončení sběru dat: |
| Název pracoviště, kde má být sběr dat proveden: | |

1

Povinné přílohy žádosti:

1. Potvrzení o studiu
2. Stručná anotace odborné práce
3. V případě dotazníkového šetření vzor dotazníku, v případě rozhovoru návrh otázek
4. Kopii dokladu o zaplacení poplatku

Nemocnice si vyhrazuje právo ke zhlédnutí práce před jejím publikováním. V případě nesouhlasu nemocnice s uvedenými daty nebo závěry práce je student povinen nepřistoupit k jejich interpretaci a zároveň se zavazuje k dodání konečné podoby výsledků v elektronické podobě.

Datum: **Podpis žadatele:**

Vypsanou a Vámi podepsanou Žádost a Prohlášení o mlčenlivosti zašlete ve 2 originálech referentovi vzdělávání prostřednictvím e-mailové adresy: fabiszova@nspka.cz nebo na adresu Nemocnice Karviná – Ráj, příspěvková organizace, Vydmuchovo 399/5, Ráj, 734 01 Karviná. O stavu Vaší žádosti a dalším postupu budete po vyjádření příslušného náměstka informován/a.

Vyjádření příslušného náměstka: souhlasím nesouhlasím

Jmenovka a podpis příslušného náměstka:

Kontaktní osoba a telefonický kontakt pracoviště, na kterém bude sběr dat probíhat:

Prohlášení o mlčenlivosti

Já (jméno, příjmení):.....

narozen dne:

se zavazuji zachovávat úplnou mlčenlivost o všech informacích, které jsem získal v souvislosti se sběrem dat v Nemocnici Karviná – Ráj, příspěvková organizace (dále jen Nemocnice) za účelem popsáním na 1. straně tohoto tiskopisu.

Dále se zavazuji neposkytovat žádné informace o Nemocnici sdělovacím prostředkům, prostřednictvím sociálních sítí apod.

Jsem si vědom(a), že patientská data mohu čerpat pouze z dat pacientů, kteří k tomu udělili souhlas.

Jsem si vědom(a), že získána data mohu ve své práci použít pouze v anonymní podobě, tzn. konkrétní pacient nesmí být žádným způsobem identifikovatelný.

Jsem si vědom(a), že povinnost mlčenlivosti nezaniká ukončením mé činnosti v Nemocnici.

Porušení výše uvedených zásad může být důvodem odebrání souhlasu ke sběru dat, rovněž může mít za následek důsledky plynoucí z porušení platné legislativy jak v rovině trestněprávní, tak v rovině občanskoprávní.

V dne

.....
Podpis žadatele

2