Žádost o sběr dat pro studijní účely ve zdravotnictví

Jméno, příjmení, titul:	
Kontaktní údaje:	kontaktní adresa:
	e-mail:
	telefonický kontakt:
Zaměstnanec nemocnice	☐ ANO (uveďte pracoviště)
	☐ NE
Účel sběru dat:	☐ absolventská práce
	☐ bakalářská práce
	☐ diplomová práce
	☐ jiná (uveďte)
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:	
Název pracoviště, kde má být sběr dat proveden:	
Termín zahájení sběru dat:	
Termín ukončení sběru dat:	

Povinné přílohy žádosti:

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

Datum: ..... Podpis žadatele: .....

Vypsanou a Vámi podepsanou Žádost a Prohlášení o mlčenlivosti zašlete ve 2 originálech referentovi vzdělávání na adresu Nemocnice uvedenou v zápatí této žádosti. O stavu Vaši 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 popsaným na 1. straně tohoto tiskopisu.

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

Jsem si vědom(a), že pacientská 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

Nemocnice Karviná - Ráj, příspěvková organizace
Vydmuchov 399/5, Ráj, 734 01 Karviná, tel: 596 383 111 | Datová schránka: 2bqk6mu | Email: nspka@nspka.cz | www.nspka.cz

Formulář č. Z 135
Aktualizace 00/2022