**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:** |
| **Termín zahájení sběru dat:** | | **Termín ukončení sběru dat:** |
| **Název pracoviště, kde má být sběr dat proveden:** |  | |

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](mailto:fabiszova@nspka.cz) nebo na adresu Nemocnice Karviná – Ráj, příspěvková organizace, Vydmuchov 399/5, Ráj, 734 01 Karviná. 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