

Žádost o sběr dat pro studijní účely

Jméno a příjmení, titul:	
Kontaktní údaje, email, tel. kontakt:	
Jste zaměstnancem FNO?	☐ ANO ☐ NE
	Pokud ano, na jakém pracovišti ve FNO pracujete: _____
Pokud jste zaměstnancem jiné organizace než FNO, uveďte jaké?	
Název vysoké / vyšší odborné školy	☐ Ostravská univerzita
	☐ Jiná vysoká / vyšší odborná škola
	Adresa jiné vysoké / vyšší odborné školy: _____
Název fakulty:	
Název studovaného oboru:	
Ročník studia:	
Sběr dat je za účelem	☐ bakalářské práce
	☐ absolventské práce
	☐ diplomové práce
	☐ rigorózní práce
	☐ dizertační práce
	☐ jiný typ práce: upřesnění jiného typu práce: _____
Název práce:	
Jméno a příjmení vedoucího odborné práce:	
Název pracoviště FNO, na kterém bude realizován sběr dat a podmínkou je udělený souhlas vrchní sestry/vedoucího pracovníka pracoviště:	
Termín zahájení a ukončení sběru dat:	

Datum: _____

Vyjádření FNO: ☐ souhlasím ☐ nesouhlasím

Datum: _____
podpis a razítko

Povinné přílohy žádosti:

1. Potvrzení o studiu

datum, razítko a podpis studijního oddělení

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

Žádost potvrzenou studentem i vedoucím odborné práce zašlete **ve 2 originálech** pro **nelékařské obory** na sekretariát náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, nebo pro **lékařské obory** na sekretariát náměstka pro léčebnou péči, Fakultní nemocnice Ostrava (Domov sester), 17. listopadu 1790/5, 708 52 Ostrava-Poruba.

Prohlášení o mlčenlivosti

Já (jméno, příjmení) _____

datum narození _____

se zavazuji zachovávat úplnou mlčenlivost o všech informacích, které jsem získal v souvislosti se sběrem dat ve Fakultní nemocnici Ostrava za účelem popsáním na str. 1 tohoto tiskopisu. Jedná se zejména o tyto informace:

1. Všechny informace týkající se osobních údajů pacientů:
 - a. jméno pacienta,
 - b. zdravotní stav pacienta,
 - c. hospitalizace/ambulantní péče ve FNO,
 - d. jiné.
2. Informace o zdravotnickém zařízení, klinice, ústavu, centru, odděleních, na kterých sběr dat probíhal.

Dále se zavazuji neposkytovat žádné informace o Fakultní nemocnici Ostrava sdělovacím prostředkům, prostřednictvím sociálních sítí, apod..

Jsem si vědom(a), že patientská data mohu čerpat pouze z dat pacientů, kteří k tomu udělili souhlas (viz záznam v „*Prohlášení pacienta/zákonného zástupce – zdravotní služby: hospitalizace/ambulantní péče*“).

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 ve FNO.

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 Ostravě dne: _____
_____ podpis