

VYPLŇUJE ŽADATEL

Jméno a příjmení žadatele:

Datum narození:

Telefon:

E-mail:

Adresa trvalého bydliště:

Přesný název školy/fakulty:

Obor studia:

Forma studia:

prezenční

kombinovaná

Téma závěrečné práce:

Vedoucí práce (jméno a příjmení), e-mail, telefon:

Účel žádosti:

- sběr dat a zjišťování informací pro zpracování bakalářské/diplomové práce
- sběr dat a zjišťování informací pro zpracování seminární/odborné práce
- sběr dat a zjišťování informací pro jiný účel: (uvedte):

Žadatel je zaměstnancem Nemocnice Znojmo, p.o.:

- ANO Pracoviště/Jméno zaměstnance:
- NE

Forma sběru dat

Dotazník **Rozhovor** **Pozorování** **Statistická data** (informace o počtech např. zdravotnických výkonů, vyšetření, určité agendy (např. porodnost), přístrojích apod.)

Ostatní:

Respondenti

- pacienti Nemocnice Znojmo
- zaměstnanci Nemocnice Znojmo Zařazení zaměstnance:

Počet respondentů:

Termín, kdy proběhne sběr dat: od:

do:

Pracoviště, kde bude probíhat sběr dat:

Přesná specifikace, co bude žadatel zjišťovat:

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor Vašeho dotazníku, záznamového formuláře!

Budete Nemocnici Znojmo uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci?

ANO NE

Poučení:

Žadatel bere na vědomí, že získaná data mohou být použita pouze pro účel uvedený v této žádosti. Další nakládání s daty bez souhlasu Nemocnice Znojmo, p.o. pro jiný účel je považováno za neoprávněné.

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů dle zásad GDPR pro účely evidence této žádosti. Zavazuje se zachovat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací. V případě, že žadatel uvádí Nemocnici Znojmo, p.o. jako „zdroj informací“, je jeho povinností předložit zpracované výsledky ke schválení náměstkovi pro ošetrovatelskou péči Nemocnice Znojmo, p.o., který žádost o sběr dat/poskytnutí informace v Nemocnici Znojmo, p.o. povolil. Presentace výsledků s uvedením jména Nemocnice Znojmo, p.o. je možná pouze se souhlasem náměstka pro ošetrovatelskou péči.

Vyplněnou žádost odešlete do Nemocnice Znojmo, p.o.:

a) elektronicky (vyplněnou s podpisem, scan ve formátu PDF) na adresu: dita.kovarikova@nemzn.cz

b) v listinné podobě (s podpisem na žádosti) na adresu nemocnice Znojmo, hlavní sestra (HS) - Mgr. Dita Kovářiková

Datum: Podpis:.....

VYPLŇUJE A POTVRZUJE NEMOCNICE ZNOJMO, P.O.:

Zaevidováno u NOP dne: pod číslem:

Vyjádření vedoucího zaměstnance příslušného útvaru, kde bude probíhat sběr dat/informací:

souhlas nesouhlas Vrchní sestra

Datum: Podpis:.....

souhlas nesouhlas Hlavní sestra

Datum: Podpis:.....

Hlavní sestra