…………………, dnia……………

……………………………………….………….

…………………………………….…………….

………………………………….……………….

*(dane studenta, doktoranta lub słuchacza)*

 ………………………………………………

………………………………………………. *(dane kierownika podmiotu leczniczego)*

Wniosek

o udostępnienie danych statystycznych/umożliwienie przeprowadzenia badań ankietowych \*

Zwracam się z wnioskiem o udostępnienie danych statystycznych/umożliwienie przeprowadzenia badań ankietowych \* wśród personelu Szpitala, pacjentów lub ich rodzin\*

1. Wskazanie przeznaczenia udostępnionych danych: cele naukowe – napisanie pracy:

……….…………………………………………………………………...………………………………

………………………………………………………………………………...…………………………

 *(należy wpisać rodzaj pracy oraz jej tytuł)*

1. Zakres danych statystycznych:
* Jednostka chorobowa kod ICD 10: …………………………………………………………

*(wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych)*

* Zabieg/procedura kod ICD 9: ………………………………………………………………..

*(wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych)*

* Przedział czasowy: ………………………………………………………………………….
* Dokumentacja lekarka/pielęgniarska\*
* Dodatkowe informacje umożliwiające wyszukiwanie w zbiorze żądanych danych

……………………………………………………………………………………….………...…………

…………………………………………………………………………………………………..…….

……………………………………………………………………………………….………...…………

……………………………………………………………………………………….………...…………

……………………………………………………………………………………….………...…………

*(należy wskazać jakie dane mają zostać udostępnione)*

1. Badanie ankietowe: …………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………….………...…………

……………………………………………………………………………………….………...…………

……………………………………………………………………………………….………...…………

……………………………………………………………………………………….………...…………

*(należy szczegółowo wskazać grupę docelową badania oraz załączyć formularz ankiety)*

………………………………………

 *(podpis studenta, doktoranta, słuchacza)*

……………………………………………

*(podpis promotora pracy dyplomowej)*

……………………………………………

*(podpis Dziekana Wydziału lub Dyrektora Instytutu)*

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Zatwierdził:

………………………………………

*(data i podpis przedstawiciela szpitala)*

\*właściwe zakreślić