|  |
| --- |
| Název výzkumu/studie: |
| Jméno a příjmení nahlížející osoby: |
| Datum narození: | Podpis: |
| Výše uvedená osoba nahlížela do zdravotnické dokumentace pacienta v rozsahu nezbytně nutném pro účely výzkumu/studie. [ ]  Informovaný souhlas pacienta se zařazením do studie je uložen u řešitele výzkumu/studie. |
| Jméno a příjmení pacienta: | Datum narození: |
| **ZÁZNAM O:** [ ]  nahlédnutí [ ]  výpisu/opisu |
| Typ dokumentace: [ ]  Chorobopis [ ]  Ambulantní karta |
| Informace ze zdravotnické dokumentace požadované pro účely výzkumu/studie: |
| Dne: | od do hod. | Jmenovka + podpis přítomného zdravotnického pracovníka |
| Dne: | od do hod.  | Jmenovka + podpis přítomného zdravotnického pracovníka |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| O:\- O R G A N I Z A Č N Í   N O R M Y\PODKLADY PRO ON - logo\FNOL_logo_pozitiv_CMYK.jpg | **Klinika/oddělení:**……………………………... | *Fm-MP-G015-05-NAHLED-001* *verze č. 1, str. 1/1* |
| **I. P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc**Tel. 588 441 111, E-mail: info@fnol.czIČ: 00098892 | **Záznam o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace pro účely výzkumu/studie**  |
| Název výzkumu/studie: |
| Jméno a příjmení nahlížející osoby: |
| Datum narození: | Podpis: |
| Výše uvedená osoba nahlížela do zdravotnické dokumentace pacienta v rozsahu nezbytně nutném pro účely výzkumu/studie.[ ]  Informovaný souhlas pacienta se zařazením do studie je uložen u řešitele výzkumu/studie. |
| Jméno a příjmení pacienta: | Datum narození: |
| **ZÁZNAM O:** [ ]  nahlédnutí [ ]  výpisu/opisu |
| Typ dokumentace: [ ]  Chorobopis [ ]  Ambulantní karta |
| Informace ze zdravotnické dokumentace požadované pro účely výzkumu/studie: |
| Dne: | od do hod. | Jmenovka + podpis přítomného zdravotnického pracovníka |
| Dne: | od do hod.  | Jmenovka + podpis přítomného zdravotnického pracovníka |