|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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.cz](mailto:fn@fnol.cz)  IČ: 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 | | | |