10. sz. melléklet

***PTE Klinikai Központ statisztikai és tudományos adatgyűjtési kérelem 46***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Az adatkérő adatai*** | ***Név*** |  |
| ***Főállású munkahely\*: (hallgatóknál: kar)*** |  |
| ***Beosztás*** |  |
| ***Elérhetőség (e-mail és tel.)*** |  |
| ***Adatgyűjtéssel összefüggő PTE jogviszony jellege:*** | * ***PTE oktató, kutató*** * ***PTE PhD hallgató*** * ***PTE KK önkéntes segítő*** * ***PTE hallgató (nappali, levelezős)*** * ***egyéb:*** |

|  |
| --- |
| ***A kutatás (klinikai vizsgálat/ PhD téma/ pályázat/ projekt/ szakdolgozat stb.) címe, azonosító száma (ha már van), vezetője (principal investigator, témavezető, pályázat szakmai vezető, stb.):*** |

|  |
| --- |
| ***Az adatgyűjtéssel érintett klinika / intézet:*** |

|  |
| --- |
| ***Az adatgyűjtési kérelem célja, rövid indoklása:*** |

|  |
| --- |
| ***A kért adatkör meghatározása (adatcsoport megnevezése, pl.: kórlap, ambuláns napló, járóbeteg karton):*** |

|  |
| --- |
| ***Adatterjedelem (vizsgált hónapok a kezdő és a záró időpont megjelölésével, nem összefüggő időszakok esetében a kezdő és a záró időpont megadása időszakonként):*** |

|  |
| --- |
| ***Adattgyűjtés tervezett kezdete:***  ***Adatgyűjtés tervezett befejezése:*** |

***\*****Kérjük, a PTE-n kívüli, főállású munkahelyet is szíveskedjen megjelölni****.***

***Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a rendelkezésemre bocsátott személyazonosító és egészségügyi adatokat GDPR, 2011. évi CXII., valamint az 1997. évi XLVII. törvény értelmében, továbbá az egészségügyi adatvédelmi tisztviselő tájékoztatásának megfelelően kezelem.***

***Adatkérő aláírása: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Adatkérő munkahelyi (klinika/intézet/kar) vezetőjének neve, aláírása: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Adatgyűjtéssel érintett klinika/intézet vezető neve, aláírása: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Egészségügyi adatvédelmi tisztviselő neve, aláírása: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Az engedélyező, Klinikai Központ elnökének neve, aláírása: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Dátum: 20\_\_\_/\_\_\_/\_\_***