

_____ (klinikos pavadinimas)

_____ (Mokslinio darbo vadovo pareigos)

_____ (Mokslinio darbo vadovo vardas, pavardė)

Tel. _____, el. p. _____

LSMUL Kauno klinikų
Direktoriui visuomenės sveikatai, mokslui ir studijoms

**PRAŠYMAS
DĖL LEIDIMO PATEIKTI PACIENTŲ LIGOS ISTORIJŲ DUOMENIS IŠ
MEDICININĖS STATISTIKOS TARNYBOS**

(Data)
Kaunas

Prašau leisti vykdyti tyrimą tema
Tyrimo tikslas:.....
Tyrimo uždaviniai:.....

Prašau mokymo ir tiriamaisiais tikslais leisti pateikti ligos istorijų numerius. Reikalingi šie duomenys:

TLK ligos kodas:
Laikotarpis: nuo iki

Tiriamųjų konfidencialumas bus užtikrintas, vadovaujantis Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo nuostatomis, tiriamųjų vardas, pavardė, adresas ir kiti asmeniniai duomenys nebus renkami. Tyrimo rezultatai bus skelbiami tik apibendrinti.

Mokslinio darbo vadovas (vardas, pavardė, parašas)

Studentas (vardas, pavardė, parašas).....

Tel. _____, el. p. _____