

\_\_\_\_\_ (klinikos pavadinimas)

\_\_\_\_\_ (Mokslinio darbo vadovo pareigos)

\_\_\_\_\_ (Mokslinio darbo vadovo vardas, pavardė)

Tel. \_\_\_\_\_, el. p. \_\_\_\_\_

LSMUL Kauno klinikų  
Direktorius visuomenės sveikatai, mokslui ir studijoms

**PRAŠYMAS  
DĖL LEIDIMO RINKTI LIGOS ISTORIJŲ DUOMENIS IŠ PROFILINĖS KLINIKOS  
ARBA ARCHYVO**

\_\_\_\_\_  
(Data)  
Kaunas

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

Prašau mokymo ir tiriamaisiais tikslais leisti rinkti ligos istorijų duomenis (nurodyti kokie duomenys bus renkami ir iš kokios klinikos) .....  
.....

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. \_\_\_\_\_