

Informovaný souhlas k projektu

Efektivizace systému nemocniční péče v ČR prostřednictvím dobrovolnické činnosti

1. Já, níže podepsaný/á vystupuji jako osoba s pravomocí ochránit práva dotazovaného dětského pacienta.
2. Byl/a jsem podrobně informován/a o cíli studie, o jejích postupech, byl/a jsem seznámen/a s obsahem dotazníku pro dětského pacienta.
3. Dotazník se zaměřuje pouze a výhradně na spokojenost dětských pacientů s prací dobrovolníků, kteří je na oddělení navštěvují.
4. Dotazník neobsahuje žádné otázky, jimiž by byl dětský pacient znepokojován, maten nebo klamán, zvláště pokud se jedná o citlivá témata.
5. Žádné osobní údaje dětských pacientů (jméno, příjmení, celé datum narození, adresa) nebudou vyžadovány ani zjišťovány. Potřebujeme vědět pouze rok narození dítěte.
6. Porozuměl jsem tomu, že mé jméno, jako osoby s pravomocí ochránit práva dotazovaného dětského pacienta se nebude nikdy vyskytovat v referátech a zprávách k této studii.

Podpis osoby s pravomocí chránit práva dotazovaného dětského pacienta:

Datum: