



Ortopedska bolnišnica
Valdoltra

**Obrazec za podajo soglasja za zbiranje podatkov v
raziskovalne namene**

OBR 501-012

Verzija: 1

Stran: 0/0



Prostor za nalepko

Ime in priimek: _____

EMŠO: _____

KZZ: _____

Bolnišnica/ustanova: _____

Spoštovani,

v okviru Registra endoprotetike Slovenije (RES), ki jo vodi Ortopedska bolnišnica Valdoltra kot upravljavec zbirke RES na podlagi Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (zakon), zbiramo podatke o zdravju in kvaliteti življenja pacientov, ki so napoteni na artroplastiko kolena ali kolka, in sicer pred samo operacijo ter 3 ali 6 in 12 mesecev po opravljeni operaciji. Te podatke zbiramo skladno z vprašalniki o izidih zdravljenja PROMs, kot so EQ-5D-5L, Oxford Hip Score in Oxford Knee Score.

Glede na navedeno Vas vljudno vabimo k sodelovanju pri odgovorih na vprašalnike o vašemu zdravju oziroma o izidu vašega zdravljenja. Sodelovanje v tej raziskavi je prostovoljno in Vam vzame do 5 minut vašega časa. Podatki se zbirajo v skupno podatkovno bazo in se pred obdelavo anonimizirajo. Pri predstavitvi rezultatov se poslužujemo le predstavitve agregiranih podatkov, iz katerih ni mogoče prepoznati posameznika.

Z namenom pridobivanja omenjenih podatkov Vas prosimo, da nam zaupate vašo telefonsko številko, na katero Vas bomo poklicali 3 ali 6 in 12 mesecev po operaciji. Vašo telefonsko številko bomo uporabili le za potrebno kontaktiranje z namenom pridobivanja raziskovalnih podatkov, k čemer nas obvezuje zakon. V kolikor se z navedenim strinjate, Vas prosimo, da podate pisno soglasje s podpisom na tem obrazcu.

Spodaj podpisani/a, _____

(ime in priimek z velikimi tiskanimi črkami), rojen/a dne _____, številka kartice zdravstvenega zavarovanja (KZZ) _____, dovoljujem osebju Ortopedske bolnišnice Valdoltra, kot upravljavcu Registra endoprotetike Slovenije, da mojo telefonsko številko _____ uporabi za kontaktiranje z namenom sodelovanja v raziskavi o zdravju in kvaliteti življenja pacientov, ki so napoteni na artroplastiko kolena ali kolka v Republiki Sloveniji.

_____, dne _____
(ime bolnišnice/ustanove)

Lastnoročni podpis: _____