**PACIENTO SUTIKIMAS DALYVAUTI TYRIME**

Aš, ...................................................................................................................................,

(tyrimą atliekančio studento vardas, pavardė)

Vilniaus kolegijos Sveikatos priežiūros fakulteto .........................................................................

(studijų programos pavadinimas)

...........................................................................................................................studijų programos

............................... kurso studentas, rengiu profesinio bakalauro baigiamąjį darbą tema:

.........................................................................................................................................................

(temos pavadinimas)

.........................................................................................................................................................

Tyrimo tikslas. ................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................

Tyrimo dalyviai. ..............................................................................................................................

..........................................................................................................................................................

Tyrimo metodas (-ai). ......................................................................................................................

..........................................................................................................................................................

*Tyrimo dalyvio teisės: pacientui* *garantuojamas anonimiškumas ir gautų duomenų konfidencialumas. Apibendrinti tyrimo rezultatai bus panaudoti tik tyrimo tikslui įgyvendinti. Iškilus neaiškumams tyrimo dalyvis gali kreiptis tel.:* .................................................. *į Vilniaus kolegijos Sveikatos priežiūros fakulteto* ........................................................................................................................................... *katedrą*.

(katedros pavadinimas)

Tyrimą atliekantis studentas ............................................................................................................

(parašas, vardas, pavardė)

Aš, ............................................................................................ , sutinku dalyvautiVilniaus

(tyrimo dalyvio/atstovo vardas, pavardė)

kolegijos Sveikatos priežiūros fakulteto studento ..........................................................................

(tyrimą atliekančio studento vardas, pavardė)

....................................................................................................... atliekamame tyrime.

Tyrimo dalyvis / atstovas.................................................................................................................

(parašas, vardas, pavardė)

.........................................

(data)