**VSIA „Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca”**

**Zinātniskā institūta direktoram**

**Addressee: “Pauls Stradins Clinical University Hospital”**

**Director of Researh Institute**

# IESNIEGUMS AKADĒMISKĀ PĒTĪJUMA ATĻAUJAS SAŅEMŠANAI /

*APPLICATION FOR AUTHORIZATION OF ACADEMIC RESEARCH (THESIS) IN HOSPITAL*

***\_\_\_\_/ \_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_***

*DD MM YYYY*

**IESNIEGUMA IESNIEDZĒJS / PĒTĪJUMA AUTORS VAI AUTORU KOLEKTĪVA VADĪTĀJS**

*APPLICANT/AUTHOR OR HEAD OF AUTHOR’S GROUP*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vārds, uzvārds **/** *Applicant name surname* |  | | |
| Tālr. *phone No.* |  | *e-pasts/e-mail* |  |
| *Izglītības iestādes nosaukums\* University RSU or LU* |  | | |
| Studiju programma\* Study programme |  | | |

**PĒTĪJUMA ZINĀTNISKAIS VADĪTĀJS\* /** *Research/Thesis supervisor*

|  |  |
| --- | --- |
| Vārds, uzvārds/*name surname* |  |
| Izglītības iestādes nosaukums, amats / *University: RSU or LU* |  |
| Zinātniskā vadītāja paraksts, datums / *supervisor signature and date* |  |

**PĒTĪJUMA NOSAUKUMS /**  *THE TITLE OF THESIS*

|  |
| --- |
|  |

**PĒTĪJUMA NORISES VIETA /** *THE UNIT OF HOSPITAL WHERE RESEARCH WILL TAKE PLACE*

|  |  |
| --- | --- |
| Klīnika/centrs/nodaļa *CLINIC/CENTRE/UNIT* |  |
| Klīnikas/centra/nodaļas vadītāja saskaņojums par pētījuma veikšanu *HEAD OF CLINIC/CENTRE/UNIT* |  |
| Slimnīcas darbinieks- galvotājs\*\* paraksts, datums / *guarantor – employee of Hospital* |  |

**NORISES LAIKS/** *PERIOD OF TIME OF RESEARCH*

|  |  |
| --- | --- |
| Pētījuma norises laiks, norādot sākuma un beigu datumu  *PERIOD OF TIME OF RESEARCH / start and end date* |  |
|  |

***IZMANTOJAMĀS PACIENTU SLIMĪBAS VĒSTURES /*** *MEDICAL RECORDS TO BE USED*

|  |
| --- |
| *Pētījumā paredzēts izmantot/ NUMBER OF MEDICAL RECORDS PLANNED TO BE REVIEWED*  *≤ 300 □ ≥ 300 □ n/a □* |
|  |

***Slimības vēsturu diagnožu kodi (SSK-10) vai Slimības vēsturu numuri ja zināmi / ICD-10 codes and/or No. of medical records if known***

|  |
| --- |
| *ICD-10* |

|  |
| --- |
| *Finalized Thesis have to be provided to Hospitals Research Institute Yes □ No □* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Datums/Date* Iesniedzēja v. Uzv., paraksts/ Applicant name Surname and signature

***Authorization of Hospital***

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Datums/ Date Zin. institūta kompet. darbinieka paraksts un atšifrējums/ On behalf of Hospital’s Research Institute, postition, name surname, signature*