**Nyilatkozat**

**egészségügyi adatok kutatási célú felhasználásáról**

Alulírott \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (hallgató), (Neptun kód: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) nyilatkozom, hogy a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ című tudományos kutatásomat **kutatásetikai engedély birtokában**, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, valamint az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezéseinek betartásával, **kizárólag a kutatáshoz szükséges egészségügyi adatok kezelésével** és felhasználásával végzem, az általam felhasznált adatokról témavezetőmnek rendszeresen beszámolok.

Tudomásul veszem, hogy a beteg egészségi állapotával összefüggő adat(ok), valamint a kutatási tevékenységgel kapcsolatosan tudomásomra jutott személyes adat(ok), illetve mindennemű tény/adat/információ vonatkozásában **titoktartási kötelezettség terhel.** **Az itt meghatározott adatokat bizalmasan kezelem, azokat nyilvánosságra nem hozom, illetéktelen harmadik személlyel nem osztom meg, illetve ilyen személynek nem adom át**, és mindent megteszek azért, hogy ezen adatok titkosságát megőrizzem. Tudomásul veszem, hogy jelen nyilatkozatban vállalt titoktartási kötelezettségem hallgatói jogviszonyom megszűnését követően is fennáll, időbeli korlátozás nélkül.

Tudomásul veszem, hogy az egészségügyi informatikai rendszerben végzett **minden tevékenység naplózásra kerül**, amely alapján megállapítható, hogy mely beteg milyen dokumentációja került megtekintésre. Ez utóbbiról a beteg részére - erre irányuló kérelme esetén – az intézmény tájékoztatást nyújt.

Tudomásul veszem továbbá, hogy tudományos **közleményben, illetve dolgozatban nem szerepelhetnek egészségügyi és személyazonosító adatok** oly módon, hogy az érintett személyazonossága megállapítható legyen, illetve azt, hogy az általam kutatási célból készített egészségügyi dokumentum másolatok nem tartalmazhatják az érintett személyazonosító adatait.

Debrecen, 20\_\_\_. (év) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (hónap) \_\_\_\_\_\_ (nap)

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

Nyilatkozatot tevő aláírása