

„Subiektywna i obiektywna ocena jakości głosu dzieci w wieku szkolnym, nauczycieli szkół podstawowych oraz pacjentów poradni foniatrycznej w korelacji ze stanem ucha środkowego (drożnością trąbki słuchowej, wysiękowym zapaleniem ucha środkowego) oraz współistniejącymi jednostkami chorobowymi”

Szanowni Rodzice/Opiekunowie

Wysiękowe zapalenie ucha środkowego (WZUŚ) jest najczęstszą przyczyną niedosłuchu w wieku dziecięcym. Ponieważ nie powoduje dolegliwości bólowych, a jedynie niewielki lub umiarkowany niedosłuch, często nie jest zauważane przez rodziców i opiekunów. Badania otoskopowe i tympanometryczne pozwalają na ocenę stanu ucha środkowego i drożności trąbki słuchowej, co pozwala na wykrycie WZUŚ. Zaburzenia głosu u dzieci są powszechnym problemem, który może mieć różne podłoże – fizyczne, emocjonalne, środowiskowe lub wynikające z nieprawidłowej higieny głosu. Mogą być również wtórne do niedosłuchu przewodzeniowego spowodowanego patologiami ucha środkowego.

Zapraszamy do wzięcia udziału w naszym badaniu Państwa dziecka.

Więcej informacji na temat badania uzyskają Państwo w broszurze informacyjnej.

Informacji na temat badania udziela: dr hab. Hanna Zajackiewicz, prof. UWM email: hanna.zajackiewicz@uwm.edu.pl

ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W BADANIU

Pt. „Subiektywna i obiektywna ocena jakości głosu dzieci w wieku szkolnym, nauczycieli szkół podstawowych oraz pacjentów poradni foniatrycznej w korelacji ze stanem ucha środkowego (drożnością trąbki słuchowej, wysiękowym zapaleniem ucha środkowego) oraz współistniejącymi jednostkami chorobowymi”

Opiekun prawny pacjenta objętego badaniem lub Uczestnik badania (w wieku powyżej 18 roku życia):

Ja, niżej podpisany (imię i nazwisko- drukowanymi literami)

.....
Potwierdzam, że przeczytałem(am) i zrozumiałem(am) informacje o badaniu i dobrowolnie wyrażam zgodę na udział mojego dziecka:

Jestem świadomy(a) możliwości odmowy wzięcia udziału w badaniu oraz możliwości wycofania w każdej chwili zgody.

podpis opiekuna/uczestnika badania.....

data.....

RODO

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Uniwersytet Warmińsko-Mazurski z siedzibą w Olsztynie 10-719, przy ul. Michała Oczapowskiego 2,
2. Inspektorem Ochrony Danych w Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie jest mgr Andrzej Góźdz, nr tel. 89 523 38 98 adres email: andrzej.gozdz@uwm.edu.pl,
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji badania w Uczelni na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
4. Pani/Pana dane osobowe mogą być ujawniane wyłącznie osobom upoważnionym u administratora do przetwarzania danych osobowych, podmiotom przetwarzającym na mocy umowy powierzenia oraz innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa,
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą wyłącznie przez okres niezbędny do realizacji badań naukowych,
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie,
7. Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzasadnione jest, że Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są przez administratora niezgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
8. Podanie danych osobowych jest dobrowolne.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych Uniwersytet Warmińsko-Mazurski z siedzibą w Olsztynie 10-719, przy ul. Michała Oczapowskiego 2, obejmujących imię i nazwisko, PESEL, płeć, wiek, adres zamieszkania, stan zdrowia, numer telefonu, adres e-mail w celu realizacji badania naukowego pt. „Subiektywna i obiektywna ocena jakości głosu dzieci w wieku szkolnym, nauczycieli szkół podstawowych oraz pacjentów poradni foniatrycznej w korelacji ze stanem ucha środkowego (drożnością trąbki słuchowej, wysiękowym zapaleniem ucha środkowego) oraz współistniejącymi jednostkami chorobowymi”

Zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych. Podanie danych i wyrażenie zgody jest dobrowolne. Przyjmuję do wiadomości, że zgoda może być odwołana w każdym momencie poprzez złożenie oświadczenia woli w tym zakresie (wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem wykorzystania danych przed cofnięciem takiej zgody).

podpis opiekuna/uczestnika badania.....

data.....