

.....
 (pieczęć szkoły wyższej/institutu badawczego)

**Do Dyrektora
 Szpitala Uniwersyteckiego nr 1
 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy**

.....
(decyzja Dyrektora)

**Wniosek
 o udostępnienie dokumentacji medycznej/przeprowadzenie badania
 naukowego w formie ankiety/wywiadu/inne ***

Zwracam się z wnioskiem o udostępnienie naszej uczelni/institutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych dokumentacji medycznej zgodnie z art. 9 ust.2j Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej 2016 / 679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 z późn. zm.).

1. Osoba upoważniona przez wnioskujący podmiot do kontaktu ze Szpitalem w przedmiotowej sprawie oraz do przetwarzania uzyskanej dokumentacji medycznej:

Imię i nazwisko	
Status (doktorant/student/słuchacz)	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
Zakres upoważnienia/forma	<input type="checkbox"/> wgląd do papierowej dokumentacji medycznej <input type="checkbox"/> odebranie zanonimizowanej dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej i przetwarzanie jej poza terenem Szpitala <input type="checkbox"/> ankieta** <input type="checkbox"/> wywiad** <input type="checkbox"/> inne (jakie)
**W przypadku ankiety/wywiadu do wniosku należy dołączyć wzór kwestionariusza	

2. Cel przetwarzania danych osobowych:

Rodzaj pracy oraz jej tytuł lub badanie naukowe	
---	--

* Zaznaczyć właściwe. **W przypadku pracy badawczej dotyczącej danych osobowych pacjentów niezbędne jest dołączenie do wniosku opinii Komisji Bioetycznej.**

3. Szczegółowy zakres żądanych informacji:

Dane pacjentów	<input type="checkbox"/> płeć <input type="checkbox"/> wiek <input type="checkbox"/> inne (jakie?).....
Dokumentacja medyczna w postaci elektronicznej	<input type="checkbox"/> rozpoznania ICD-10: <input type="checkbox"/> zasadnicze końcowe, <input type="checkbox"/> współistniejące końcowe, <input type="checkbox"/> wstępne <input type="checkbox"/> procedury medyczne ICD-9 <input type="checkbox"/> czas trwania pobytu <input type="checkbox"/> zabieg operacyjny: <input type="checkbox"/> główna procedura zabiegowa, <input type="checkbox"/> data, <input type="checkbox"/> opis zabiegu <input type="checkbox"/> obserwacje: <input type="checkbox"/> lekarskie, <input type="checkbox"/> pielęgniarskie <input type="checkbox"/> epikryza <input type="checkbox"/> tryb wypisu ze szpitala <input type="checkbox"/> inne
Zakres danych	<input type="checkbox"/> pacjenci ze wskazanej kliniki lub poradni: <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <input type="checkbox"/> pacjenci ze wskazanym rozpoznaniem medycznym wg słownika ICD-10: <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <input type="checkbox"/> pacjenci ze wskazaną wykonaną procedurą medyczną ICD-9: <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <input type="checkbox"/> pacjenci ze wskazanym numerem księgi głównej lub oddziałowej: <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <input type="checkbox"/> pacjenci spełniające inne kryterium: <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>
Zakres dat	

Oświadczam, że podczas przetwarzania danych medycznych pacjentów, ich dane osobowe zostaną zanonimizowane /zaszyfrowane/.

.....
 (podpis i pieczętka promotora)

.....
 (podpis i pieczętka przedstawiciela uczelni)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr A. Jurasza w Bydgoszczy w celu otrzymania dokumentacji medycznej, która zostanie wykorzystana w pracy naukowej/badawczej zgodnie z art. 9 ust.2j Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej 2016 / 679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 z późn. zm.).

.....
 (podpis osoby upoważnionej do kontaktu przez wnioskujący podmiot)

.....
 (podpis osoby przekazującej)

.....
 (podpis osoby odbierającej)