Bydgoszcz, dnia ……………...............

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

 *(pieczęć szkoły wyższej/instytutu badawczego)*

**Do Dyrektora**

**Szpitala Uniwersyteckiego nr 1**

**im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy**

**Wniosek**

 **o udostępnienie dokumentacji medycznej**

Zwracam się z wnioskiem o udostępnienie naszej uczelni/instytutowi 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 | 🗆 wgląd do papierowej dokumentacji medycznej🗆 odebranie zanonimizowanej dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej i przetwarzanie jej poza terenem Szpitala |

2. Cel przetwarzania danych osobowych:

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

3. Szczegółowy zakres żądanych informacji:

|  |  |
| --- | --- |
| Dane pacjentów | 🗆 płeć 🗆 wiek 🗆 miejscowość zamieszkania |
| Dokumentacja medyczna w postaci elektronicznej | 🗆 rozpoznania ICD-10: 🗆 zasadnicze końcowe, 🗆 współistniejące końcowe, 🗆 wstępne🗆 procedury medyczne ICD-9🗆 czas trwania pobytu🗆 zabieg operacyjny: 🗆 główna procedura zabiegowa, 🗆 data, 🗆 opis zabiegu🗆 obserwacje: 🗆 lekarskie, 🗆 pielęgniarskie🗆 epikryza🗆 tryb wypisu ze szpitala🗆 inne ………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Zakres danych | 🗆 pacjenci ze wskazanej kliniki lub poradni: 🗆 pacjenci ze wskazanym rozpoznaniem medycznym wg słownika ICD-10:🗆 pacjenci ze wskazaną wykonaną procedurą medyczną ICD-9:🗆 pacjenci ze wskazanym numerem księgi głównej lub oddziałowej:🗆 pacjenci spełniające inne kryterium: |
| Zakres dat |  |

4. Informacje dodatkowe:

|  |
| --- |
|  |

…………………………………………………………….. ………………………………………………

 *(podpis promotora) (podpis 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)