

Bydgoszcz, dnia

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

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody

Do Dyrektora
Szpitala Uniwersyteckiego nr 1
im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy.....
(podpis 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 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: <input type="checkbox"/> pacjenci ze wskazanym rozpoznaniem medycznym wg słownika ICD-10: <input type="checkbox"/> pacjenci ze wskazaną wykonaną procedurą medyczną ICD-9: <input type="checkbox"/> pacjenci ze wskazanym numerem księgi głównej lub oddziałowej: <input type="checkbox"/> pacjenci spełniające inne kryterium:
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 z późn. zm.).

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

.....
 (podpis osoby przekazującej)

.....
 (podpis osoby odbierającej)