



Załącznik nr 3 do Regulaminu Archiwum Dokumentacji Medycznej

Warszawa, dnia

Imię i nazwisko Studenta
Nr Albumu
Nazwa Uczelni/ Instytucji
Kierunek studiów
Rok studiów i rodzaj studiów

Wniosek o udostępnienie materiałów źródłowych/ udostępnienie dokumentacji medycznej/ danych dla przeprowadzenia badań dla celów naukowo-dydaktycznych

1. Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na udostępnienie materiałów źródłowych / udostępnienie dokumentacji medycznej / przeprowadzenie badań (*) niezbędnych do:

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

2. Wnoszę o to, aby dokumentacja była mi udostępniona w następujący sposób (*):

1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie Szpitala jako podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych;

2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii;

(W tym przypadku zobowiązuję się do poniesienia kosztów sporządzenia odpowiednich wyciągów, odpisów lub kopii zgodnie z aktualnym Cennikiem Szpitala)

3. Przyjmuję do wiadomości, że dokumentacja medyczna została mi udostępniona wyłącznie do wykorzystania w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

4. Zakres informacji i w jakiej formie *(należy wskazać jakie materiały mają zostać udostępnione i w jaki sposób ma to nastąpić)*

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

5. Uzasadnienie celu udostępnienia materiałów źródłowych/ udostępnienie dokumentacji medycznej/ przeprowadzenia badań:

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



6. Niniejszym oświadczam, że materiały zostaną wykorzystane wyłącznie do celów badawczych lub dydaktyczno – naukowych określonych powyżej, a także, że wynikające z analizy udostępnionej dokumentacji wyniki, ustalenia, wnioski, oceny, zestawienia będą przez mnie wykorzystane wyłącznie w celu określonym w pkt 3 wniosku.
7. Zobowiązuję się do przetwarzania danych osobowych, do których będę mieć dostęp, zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE i do nie przekazywania ich osobom nieuprawnionym. Zobowiązuję się także do zachowania w tajemnicy wszystkich powziętych z dokumentacji danych i informacji, dotyczących lub mogących wskazywać na konkretne osoby, których dokumentacja dotyczy jak również pracowników Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny SP ZOZ.

Podstawa prawna upoważniająca do uzyskania dostępu do dokumentacji medycznej: art.5 oraz art.6 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE w związku z art. 26 ust. 4 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2019 r. 1127 t. j. z późn zm.)

.....
(Podpis Studenta)

(*) – niepotrzebne skreślić

W imieniu Uczelni/Instytucji niniejszym upoważniam Pana/Panią
Studenta / Studentkę
roku studiów I stopnia (licencjackich) / II stopnia (magisterskich) na kierunku
o specjalności
lub roku studiów doktoranckich do dostępu oraz wykorzystania
udostępnionych materiałów/ dokumentacji medycznej/ przeprowadzonych badań/danych. Udostępnione
przez Szpital materiały są niezbędne do celów



.....

.....

.....

.....

.....

.....
(Pieczęćka Uczelni / Instytucji)

.....
(Podpis Przedstawiciela Uczelni / Instytucji)

.....
(Akceptacja Przedstawiciela Szpitala)

.....
(Akceptacja Dyrektora Szpitala)