



Wniosek o udostępnienie informacji medycznych w celach realizacji badań naukowych

ZI 1

Nr kolejny wniosku:

Pieczęć szkoły wyższej/instytutu badawczego

Wniosek do Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ul Polna 33, 60-535 Poznań

I. Dane Wnioskodawcy

IMIĘ i NAZWISKO:	
PESEL:	
<p>Ja, niżej podpisany(a), oświadczam, iż zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy informacji medycznych, do których mam lub będę miał(a) dostęp w Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym UM w Poznaniu. Oświadczam, że zapoznano mnie z przepisami o ochronie danych osobowych oraz poinformowano o odpowiedzialności karnej grożącej stosownie do przepisów rozdziału 8 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2015, 2135 t. j. ze zmianami) za czyny w niej wymienione.</p>	
..... Data Czytelny podpis

II. Przeznaczenie danych – cel pozyskania danych oraz podstawa prawna
(należy zaznaczyć X oraz uzupełnić pole opis)

	WŁAŚCIWE ZAZNACZ [X]	Dodatkowy opis:
Charakterystyka prowadzonych badań naukowych <u>Podstawa prawna:</u> art.26 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjentach i Rzeczniku Praw Pacjenta		



Wniosek o udostępnienie informacji medycznych w celach realizacji badań naukowych

ZI 1

Tytuł przygotowywanej rozprawy wymaganej do uzyskania dyplomu ukończenia szkoły wyższej lub stopnia naukowego <u>Podstawa prawna:</u> art. 27 ust. 2 pkt 9 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych		
Opis innego celu (należy wskazać podstawę prawną):		

III. Zakres żądanych informacji ze zbioru Pacjenci

--

.....
Data, pieczęć i podpis Promotora

IV. Decyzja dotycząca udostępnienia danych medycznych

(Decyzję podejmuje Lekarz Kierujący Oddziałem Neonatologicznym – dot. dokumentacji noworodków, Dyrektor Szpitala – pozostała dokumentacja)

WYRAŻAM ZGODĘ	Data, pieczęć i podpis	NIE WYRAŻAM ZGODY	Data, pieczęć i podpis
---------------	------------------------	-------------------	------------------------