



SZPITAL KLINICZNY
IM. KAROLA JONSCHERA
Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego
W POZNANIU

F0027 – IOD
WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI MEDYCZNEJ W
CELACH REALIZACJI BADAŃ NAUKOWYCH

Poznań, dnia

.....
(pieczęć uczelni/ instytutu badawczego)

Dyrektor Szpitala
Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera
Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Szpitalna 27/33
60-572 Poznań

I. Dane wnioskodawcy (studenta, doktoranta, słuchacza):

- a. Imię i nazwisko.....
- b. numer telefonu lub adres e-mail.....

Ja niżej podpisany(a), oświadczam, że zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy informacji medycznych, do których mam lub będę miał(a) dostęp w Szpitalu Klinicznym im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Zobowiązuję się do przestrzegania zapisów 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), innych przepisów krajowych w zakresie ochrony danych osobowych. Przyjmuję na siebie pełną odpowiedzialność za wszelkie szkody spowodowane dokonanymi przez siebie działaniami lub zaniechaniami, stanowiącymi naruszenie danych osobowych, do których mam dostęp w związku z pisanie pracy naukowej.

Data.....

Czytelny podpis

II. Wskazanie przeznaczenia udostępnionych danych: cele naukowe – napisanie pracy, cele statystyczne, cele dydaktyczne (należy wpisać cel, rodzaj pracy oraz jej tytuł).

.....

.....

.....

.....

III. Podstawa prawna (wypełnia Inspektor Ochrony Danych Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera UM w Poznaniu).

	Proszę zaznaczyć właściwe	Dodatkowy opis
Podstawa prawna: art.26 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjentach i Rzeczniku Praw Pacjenta	☐	
Podstawa prawna: art. 9 ust. 2 lit j 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	☐	



SZPITAL KLINICZNY
IM. KAROLA JONSCHERA
Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego
W POZNANIU

F0027 – IOD
WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI MEDYCZNEJ W
CELACH REALIZACJI BADAŃ NAUKOWYCH

takich danych oraz uchylecia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)		
Opis innego celu (należy wskazać podstawę prawną):		

IV. Zakres żądanych informacji z dokumentacji medycznej (należy wskazać, jakie dane mają zostać udostępnione)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(podpis studenta, doktoranta, słuchacza)

.....
(podpis promotora/ opiekuna naukowego)

V. Decyzja dotycząca udostępnienia dokumentacji medycznej

Lekarz Kierujący Oddziałem
(nazwa oddziału)

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody*
(data, pieczęć i podpis)

Dyrektor Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody*
(data, pieczęć i podpis)

* niepotrzebne skreślić