Poznań, dnia

…………………………………………………..

…………………………………….…………….

………………………………….……………….

(dane studenta, doktoranta lub słuchacza)

Oświadczam, że w dniu/dniach ……………..………………………………… otrzymałem/am zestawienie danych dokumentacji medycznej Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, w programie Excel bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy, zgodnie z wnioskiem:

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

(nazwa szkoły wyższej lub instytutu badawczego)

o udostępnienie dokumentacji medycznej z dnia …………………………………………………………………………………………   
w celu naukowym – napisanie pracy, celu statystycznym, celu dydaktycznym \*

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

(należy wpisać cel, rodzaj pracy oraz jej tytuł)

Dokumentacja pacjenta/ki/ów….…………………………………..………………………….…………….……….……………………………………………………..

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

z pobytu (nazwa oddziału) ….............................…………………………………………………………….………..……………………………………………

w okresie od ………………….……………....…….…….. do…….…….…………………..….………….……….…..

i obejmowała ………………………………………………….…………………………….……………………………………………………………………………………..

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

Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy wszystkich powziętych z tej dokumentacji danych oraz wykorzystania danych z w/w dokumentacji jedynie w pracy naukowej pt.

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

Dane z dokumentacji medycznej udostępniono mi w obecności Pani/Pana

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

(imię i nazwisko, stanowisko służbowe)

……..……………………

(data i podpis)