



**SZPITAL MIEJSKI  
W ZABRZU**

Zabrze, dnia .....

.....  
(pieczęć i adres szkoły wyższej)

Zarząd Szpitala Miejskiego

w Zabrze Sp. z o.o.

ul. Zamkowa 4

41-803 Zabrze

**Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej do celów naukowych**

1. Dla (imię i nazwisko).....

2. Podstawa prawna upoważniająca do pozyskania danych albo wskazania wiarygodnie uzasadnionej potrzeby posiadania danych: 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 takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.) i art. 26 ust. 4 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2016 poz.186).

Wskazanie przeznaczenia udostępnionych danych na cele naukowe – napisanie pracy:

.....  
.....

(należy wpisać rodzaj pracy oraz jej tytuł)

.....  
(podpis promotora pracy)



**SZPITAL MIEJSKI  
W ZABRZU**

3. Oznaczenie lub nazwa zbioru, z którego mają być udostępnione dane:

dokumentacja medyczna .....

4. Zakres żądanych informacji ze zbioru (należy wskazać jakie dane mają zostać udostępnione, np. przebieg choroby):

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

5. Informacje umożliwiające wyszukiwanie w zbiorze żądanych danych (należy wpisać nazwę komórki organizacyjnej):

.....  
.....

6. W przypadku udostępnienia kopii, odpisów należy uiścić opłatę w wysokości określonej w art.28 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2016 poz.186).

7. Po napisaniu pracy naukowej (student, doktorant, słuchacz, badacz) może zostać poproszony o przedłożenie do wglądu wyników pracy Szpitalowi Miejskiemu w Zabrze Sp. z o.o.

.....

(podpis przedstawiciela uczelni)



**SZPITAL MIEJSKI  
W ZABRZU**

Zabrze, dnia .....

### Oświadczenie

Ja niżej podpisany ....., oświadczam, że wszelkie informacje uzyskane w związku z prowadzeniem badań do pracy naukowej będę traktować jako poufne i zachowam je w tajemnicy oraz nie ujawnię ich jakimkolwiek osobom trzecim.

Zobowiązuje 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 oraz wewnętrznych procedur obowiązujących w Szpitalu Miejskim w Zabrze Sp. z o.o.

Przyjmuję na siebie pełną odpowiedzialność prawną za wszelkie szkody spowodowane dokonanymi przez siebie działaniami lub zaniechaniami, stanowiącymi naruszenie niniejszego Oświadczenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o. 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 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 z późn. zm.).

.....

(czytelny podpis przedstawiciela uczelni)



**SZPITAL MIEJSKI  
W ZABRZU**

Zabrze, dnia .....

.....  
(nazwa uczelni)

.....  
(imię i nazwisko)

### **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że korzystałem/am z dokumentacji medycznej Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. o.o. w dniach ..... Dokumentacja dotyczyła pacjentów oddziału/ poradni ..... (choroby, pielęgnacji itp.) z okresu od ..... do .....

Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy wszystkie powzięte z tej dokumentacji dane i informacje oraz jestem świadom ponoszenia odpowiedzialności prawnej w tym karnej za naruszenie przepisów. Wykorzystałem/am dane z dokumentacji medycznej w obecności .....

.....  
(data i podpis)