



.....
(pieczęć szkoły wyższej/institutu badawczego)

....., dnia

**Dyrektor
Wielkopolskiego Centrum Pulmonologii
i Torakochirurgii
im. Eugenii i Janusza Zeylandów
ul. Szamarzewskiego 62
60-569 Poznań**

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej szkole wyższej/institutowi badawczemu do celów naukowo-badawczych (w formie wydania kopii)

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o udostępnienie dokumentacji medycznej, adres do korespondencji, numer telefonu lub adres e-mail, nr PESEL lub w przypadku jego braku – nazwa i numer dokumentu tożsamości:

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

2. Wskazanie przeznaczenia udostępnionych danych (cele naukowe – napisanie pracy):

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

(należy wpisać rodzaj pracy/badania oraz tytuł)

3. Zakres żądanych informacji ze zbioru:

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

(należy wskazać jakie dane mają być udostępnione)

4. Informacje umożliwiające wyszukanie w zbiorze żądanych danych:

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

(należy podać m. in. oddział, przedział czasowy)

5. Informacja czy w ramach badania planowane jest przeprowadzenie wywiadu z pacjentem (tzw. studium przypadku):

TAK*

NIE

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” wnioskodawca zobowiązuje się do:

- uzyskania uprzedniej, świadomej zgody pacjenta na udział w badaniu za pośrednictwem wyznaczonego opiekuna ze strony WCPiT,
- przeprowadzenia wywiadu z poszanowaniem praw pacjenta,
- anonimizacji pozyskanych danych,
- wykorzystania danych wyłącznie do celów naukowych wskazanych w niniejszym wniosku.

* w przypadku wywiadu do wniosku należy dołączyć wzór kwestionariusza wywiadu



Jednocześnie upoważniam osobę wskazaną w pkt. 1 – do prowadzenia korespondencji z WCPiT w przedmiotowej sprawie, uzyskania zanonimizowanej dokumentacji medycznej, której dotyczy niniejszy wniosek, wniesienia w imieniu wnioskodawcy opłaty za kserokopię dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującym w WCPiT cennikiem dostępnym na stronie www.wcpit.org oraz do innych związanych z tym czynności.

Oświadczam, iż udostępnione dane zostaną wykorzystane wyłącznie dla realizacji wyżej wskazanego celu naukowego, a także iż nie zostaną wykorzystane w sposób naruszający przepisy prawa powszechnie obowiązującego, na szkodę WCPiT lub osób, których dotyczą.

.....
(data i czytelny podpis osoby ubiegającej się
o udostępnienie dokumentacji medycznej)

.....
(data, pieczętka i podpis przedstawiciela uczelni)

Zgoda/brak zgody Dyrektora Wielkopolskiego Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów

Zezwalam/nie zezwalam* na udostępnienie wyżej wymienionej dokumentacji medycznej po zanonimizowaniu.

.....
(data, podpis i pieczętka Dyrektora Centrum)

Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej

1. Rodzaj i zakres udostępnionej dokumentacji medycznej:

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

2. Liczba stron:

3. Koszt udostępnionej dokumentacji medycznej:

Dokumentację wydano:

Dokumentację otrzymałam/otrzymałem:

.....
(data, podpis osoby wydającej)

.....
(data, czytelny podpis osoby odbierającej)

* niepotrzebne skreślić