

(pieczęć szkoły wyższej/institutu badawczego)

Do Dyrektora
Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego ZOZ „Zdroje”
ul. Mączna 4
70-780 Szczecin

Wniosek o udzielenie zgody
na prowadzenie badań naukowych w SPSZOZ „Zdroje” * (prosimy drukować wniosek dwustronnie)

Zwracamy się z wnioskiem o udzielenie zgody na prowadzenie badań naukowych w SPSZOZ „Zdroje”:

(proszę zaznaczyć znak x w odpowiedniej rubryce):

- udostępnienie uczelni/institutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych dokumentacji medycznej zgodnie z art. 9 ust.2 j Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) oraz z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
- możliwość przeprowadzenia badania naukowego w formie ankiety.
- udostępnienia innych danych i informacji, których Administratorem jest SPSZOZ „Zdroje”.

1.	Dane Badacza	Imię i nazwisko:	Telefon kontaktowy:
2.	Uzasadnienie:		
3.	Do wniosku załączam niezbędne dokumenty: [w tym odpowiednio]: <input type="checkbox"/> wzór kwestionariusza <input type="checkbox"/> opinię Komisji Bioetycznej <input type="checkbox"/> inne (jakie): _____ <input type="checkbox"/> nie dotyczy		
4.	Szczegółowy zakres żądanych informacji:		
	Dane osób badanych (pacjentów):	<input type="checkbox"/> płeć <input type="checkbox"/> wiek <input type="checkbox"/> inne (jakie?): _____ <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
	Dane zawarte w Dokumentacji medycznej	<input type="checkbox"/> rozpoznania ICD-10 <input type="checkbox"/> obserwacje: lekarskie, pielęgniarskie <input type="checkbox"/> epikryza <input type="checkbox"/> inne (jakie?): _____ <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
	Zakres danych:	<input type="checkbox"/> Osoby badane(pacjenci) ze wskazanej komórki organizacyjnej (oddziału/poradni/innej): _____ <input type="checkbox"/> osoby badane (pacjenci) ze wskazanym rozpoznaniem medycznym wg słownika ICD-10 <input type="checkbox"/> inne kryterium: _____ <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
9.	Zakres dat:	od: _____ do: _____	
10.	Inne istotne informacje:		

Oświadczenie Badacza

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że:

1. znam zasady prowadzenia badań naukowych i będę je prowadzić zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz na zasadach określonych w Szpitalu;

2. jestem świadomy(a) o cięższej na mnie odpowiedzialności, a także skutków i konsekwencji jakie mogą wynikać wskutek przetwarzania danych osobowych w sposób niezgodny z prawem, zarówno celowo jak i w wyniku zaniedbania;
3. jestem zobowiązany(a) do ochrony informacji, w tym danych osobowych, przed niepowołanym dostępem, nieuzasadnioną modyfikacją lub zniszczeniem, nielegalnym ujawnieniem lub pozyskaniem oraz przetwarzaniem danych osobowych z godnością i poszanowaniem praw i wolności osób, których dane dotyczą;
4. jestem zobowiązany(a) do zachowania tajemnicy prawem chronionej, danych i informacji dotyczących podejmowanych czynności w związku z prowadzeniem badań naukowych, bez względu na sposób, formę ich utrwalenia lub przekazania. Zobowiązanie zachowuje ważność w przypadku danych osobowych oraz sposobów ich zabezpieczenia bezterminowo;
5. jestem świadomy(a), że publikowanie wyników badań naukowych może następować w sposób uniemożliwiający identyfikację osób badanych.

(data i czytelny podpis Badacza)

Opinia Zastępcy Dyrektora: [w tym odpowiednio zgodnie z właściwością: Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa Opieki nad Matką i Dzieckiem i Szpitala Ogólnego; Z – cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa; Z -cy Dyrektora ds. Administracyjno – Ekonomicznych].

Decyzja Dyrektora SPSZOZ „Zdroje”:

- wyrażam zgodę na prowadzenie badań naukowych w SPSZOZ „Zdroje oraz w związku z art. 29 RODO upoważniam/nie upoważniam Panią/Pana do przetwarzania danych osobowych wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizowania przedmiotowego celu.
- nie wyrażam zgody na prowadzenie badań naukowych w SPSZOZ „Zdroje.

(podpis i pieczęć Dyrektora Szpitala)