

**Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej dla celów naukowych  
na podstawie upoważnienia udzielonego przez pacjenta**

<b>Dane jednostki, do której kierowany jest wniosek:</b>
<b>Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Sekcja Dokumentacji</b> ul. Dębinki 7 80-952 Gdańsk

Nr wniosku: ..... (wypełnia pracownik Sekcji Dokumentacji UCK)
---

**WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA**

**Dane wnioskodawcy:  
pracownik naukowy / student\*  
studiów licencjackich/magisterskich/doktoranckich/podyplomowych\***

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Nazwa szkoły wyższej / instytutu badawczego\*

.....  
Adres do korespondencji

.....  
Nazwa wydziału

.....  
Numer ewidencyjny PESEL

.....  
Stanowisko (dotyczy pracownika naukowego) /  
Kierunek i rok studiów (dotyczy studenta)

.....  
Tel. kontaktowy lub adres e-mail

**Dane pacjenta, którego wnioskowana dokumentacja medyczna dotyczy:**

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zamieszkania)

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Tel. kontaktowy lub adres e-mail

.....  
Numer ewidencyjny PESEL

**Wskazanie celu udostępnienia danych:**

**cele naukowe:** napisanie pracy naukowej / pracy licencjackiej / pracy magisterskiej / rozprawy doktorskiej / rozprawy habilitacyjnej / publikacji / inny (wymień jaki)\*

.....  
.....  
(należy dookreślić cel, np. podać tytuł pracy/publikacji).

**Wskazanie formy udostępnienia danych:**

TAK  NIE Kopia

TAK  NIE Nośnik elektroniczny (CD)

TAK  NIE Wydruk

TAK  NIE Wgląd

TAK  NIE Wyciąg

**Wskazanie zakresu wnioskowanych danych (potrzebnych dla realizacji ww. celu):**

- TAK  NIE Dokumentacja medyczna procesu leczenia i pielęgnowania
- TAK  NIE Dokumentacja medyczna procesu leczenia (Historia choroby)
- TAK  NIE Dokumentacja medyczna procesu pielęgnowania
- TAK  NIE Karta informacyjna
- TAK  NIE Wyniki badań
- TAK  NIE Zapisy wizyt lekarskich
- TAK  NIE Inne (wymień jakie)\* .....  
(należy dookreślić jakie dane mają zostać udostępnione).

**Oświadczenie wnioskodawcy:**

Oświadczam, iż wszelkie udostępnione mi dane zostaną zachowane przeze mnie w poufności oraz wykorzystane wyłącznie dla realizacji wyżej wskazanego celu naukowego oraz, iż zapoznałam/em się z obowiązującym w UCK cennikiem udostępniania dokumentacji medycznej.

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

<b>WYPEŁNIA SZKOŁA WYŻSZA / INSTYTUT BADAWCZY</b>
---

(data, pieczętka i podpis Rektora. Dziekana lub innej osoby uprawnionej do występowania w jej imieniu będące potwierdzeniem zgodności danych zawartych we wniosku)

<b>WYPEŁNIA PACJENT</b>
-------------------------

**Upoważnienie do dostępu do dokumentacji medycznej dla celów naukowych:**

Na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta upoważniam Pana/Panią .....  
zamieszkałego/ą pod adresem .....  
numer ewidencyjny PESEL ..... do dostępu do ww.  
dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby dla ww. celów naukowych, tj. w zakresie, w formie  
i w celu wskazanym w treści niniejszego wniosku.

**Jednocześnie zastrzegam, iż udostępnione przeze mnie dane mogą być upublicznione wyłącznie w formie zanonimizowanej, tj. bez podania mojego imienia i nazwiska oraz innych danych umożliwiających moją identyfikację.**

(data i czytelny podpis pacjenta)

**POTWIERDZENIE DOKONANIA OPŁATY I UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**Numer faktury, numer paragonu:** .....

**Dane osoby, której udostępniono dokumentację medyczną:**

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Numer ewidencyjny PESEL

(data i czytelny podpis osoby,  
której udostępniono dokumentację)

(data, pieczętka i podpis / data, stanowisko i czytelny podpis  
osoby udostępniającej dokumentację)

\* niewłaściwe skreślić

**Załączniki:**

1. Dokument stanowiący potwierdzenie uprawnienia Rektora, Dziekana lub innej osoby uprawnionej do występowania w imieniu szkoły wyższej / instytutu badawczego (pełnomocnictwo / wypis z KRS).