WYŻSZA SZKOŁA INŻYNIERII I ZDROWIA W WARSZAWIE

02-366 Warszawa
ul. Bitwy Warszawskiej 1920 r. nr 18
tel. +48 22 562 35 00
tel./fax +48 22 562 35 08
rekrutacja@wsiiz.pl
wsiiz.pl

Warszawa, dn. ……. r.

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ i/lub WYRAŻENIE ZGODY NA PRZEPROWADZENIE BADANIA ANKIETOWEGO NA POTRZEBY OPRACOWANIA PRACY DYPLOMOWEJ

Sz. P. …….
(dane osoby reprezentującej podmiot leczniczy)

……
(pełna nazwa podmiotu leczniczego)

……

……
(adres)

Zaświadcza się, że Pan/ Pani …….. nr albumu ……. student (ka) **III** roku studiów I stopnia na kierunku **Pielęgniarstwo**, prowadzonego przez Instytut Zdrowia ds. Pielęgniarstwa Wyższej Szkole Inżynierii i Zdrowia w Warszawie, przygotowuję pracę dyplomową pod kierunkiem ……., pod tytułem: …….. ……. .

W związku z powyższym, a także na mocy **art. 26 ust. 3a i 3b ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [Dz. U. 2024 poz. 581],** zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na przeprowadzenie badań poprzez udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta niezbędnej do opracowania pracy licencjackiej i/ lub* przeprowadzenie badania ankietowego wśród pacjentów reprezentowanego przez Pana/ Panią podmiotu.

……
(podpis i pieczęć Kierownika Instytutu Zdrowia ds. Pielęgniarstwa)

**Niepotrzebne skreślić*

WYŻSZA SZKOŁA INŻYNIERII I ZDROWIA W WARSZAWIE

02-366 Warszawa
ul. Bitwy Warszawskiej 1920 r. nr 18
tel. +48 22 562 35 00
tel./fax +48 22 562 35 08
rekrutacja@wsiiz.pl
wsiiz.pl

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany …….……., oświadczam, że wszelkie informacje uzyskane w związku z przeprowadzeniem badania ankietowego i/lub dostępem do dokumentacji medycznej będę traktować jako poufne i zachowam je w tajemnicy oraz nie ujawnię ich jakimkolwiek osobom trzecim. Pozyskane dane pacjenta będą upublicznione wyłącznie w formie zanonimizowanej, tj. bez podania imienia i nazwiska oraz innych danych umożliwiających identyfikację.

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 ..... ……..*(nazwa podmiotu leczniczego).*

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

.....
(data podpis Studentki/Studenta)

**Niepotrzebne skreślić*