



Zgoda na korzystanie z danych o pacjentach Centrum Onkologii

Bydgoszcz, dnia

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania/Komórka organizacyjna

Nr telefonu

e-mail

- pracownik stażysta student inne (jakie)

Zwracam się z prośbą o udostępnienie danych medycznych pacjentów Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy w formie (*właściwe zaznaczyć X*)

- korzystanie z danych w e-dokumentacji * korzystanie z papierowej dokumentacji medycznej*
 raport danych w postaci zanonimizowanej

Okres podlegający analizie:

Komórka organizacyjna:

od _____ do _____

Uzasadnienie:

Potwierdzam możliwość/Brak możliwości**

_____ data i podpis wnioskodawcy

_____ Data i podpis

Kierownik Działu Dokumentacji i Statystyki Medycznej

Opinia Administratora Bezpieczeństwa Informacji:

_____ Data i podpis

Administratora Bezpieczeństwa Informacji

Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody:**

_____ Data i podpis
Dyrektor Centrum Onkologii

Data udostępnienia danych:

Podpis osoby udostępniającej:

*Dostępne wyłącznie dla pracowników Centrum Onkologii w Bydgoszczy

**Właściwe podkreślić