

<b>DANE WNIOSKODAWCY</b>		Data wniosku
<b>Imię i nazwisko Dziekana Wydziału:</b>		
Nazwisko i imię studenta:		
Wydział:		
Tel. kontaktowy:		

**Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof.  
K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego  
w Katowicach**

**Wniosek studenta SUM o udostępnienie dokumentacji medycznej** (zgodnie z art. 26 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6.11.2008r. oraz na podstawie § 7 ust. 3-5 umowy z dnia 01.10.2006 r. z Śląskim Uniwersytetem Medycznym w Katowicach w sprawie udostępnienia Śląskiemu Uniwersytetowi Medycznemu w Katowicach jednostek/komórek organizacyjnych Szpitala niezbędnych do prowadzenia kształcenia przed i podyplomowego w zawodach medycznych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia).

<b>OPIS ZBIORU DANYCH, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA:</b>	
<b>SPOSÓB UDOSTĘPNIENIA ORAZ ODBIORU DOKUMENTACJI:</b>	
	sporządzenie kopii
	za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej
	na elektronicznym nośniku danych
w celu naukowym (wskazać konkretny cel np. tytuł pracy magisterskiej, licencjackiej itd.) .....	
Potwierdzenie zasadności udostępnienia dokumentacji przez <b>promotora studenta lub opiekuna koła</b> ..... podpis promotora lub opiekuna koła	
<b>ZAKRES DOKUMENTACJI, O KTÓRĄ WNIOSKUJE WNIOSKODAWCA*</b>	
	Historie choroby z pobytów w szpitalu na Oddziale ..... Okres czasu (rok pobytów, miesiąc): .....
	Kartoteki z poradni ..... Okres czasu ( rok wizyt, miesiąc): .....
	Inne:.....
..... <b>Data podpis i pieczęć Wnioskodawcy (Dziekana Wydziału)</b>	
<b>ZGODA DYREKTORA SZPITALA NA UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI STUDENTOWI</b> Wyrażam zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej i upoważniam STUDENTA ..... DO WGLĄDU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ WSKAZANEJ WE WNIOSKU. (imię i nazwisko studenta) ..... Data i podpis DYREKTORA SZPITALA lub osoby upoważnionej	
<b>POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI</b>  Data, podpis studenta	