Katowice, dnia …………………………

*Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach*

*Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach*

*ul. Medyków 12*

*40-752 KATOWICE*

*tel./fax 32 2088735*

 ……………………………………………

 *dane Podmiotu Leczniczego*

 ……………………………………………

 *pełna nazwa Jednostki*

 ……………………………………………

 *Adres*

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ DO PRACY DYPLOMOWEJ I PEŁNOMOCNICTWO DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Zaświadcza się, że Pan/Pani ……………………………………………… nr albumu ………………….

student(ka) ……………….. roku, kierunku …………………………… studiów ……………………….

Wydziału Nauk o Zdrowiu w Katowicach Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach przygotowuje pracę dyplomową …………………………………………………………………………

pod tytułem ………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

W związku z powyższym, na podstawie art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2012 r. poz. 159 z późn. zm.), zwracam się
z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na przeprowadzenie badań poprzez udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta niezbędnej do opracowania pracy dyplomowej, a także niniejszym upoważniam w/w studenta do odbioru w imieniu SUM w Katowicach dokumentacji medycznej objętej niniejszym wnioskiem.

Jednocześnie zaświadczam, że informacje, które zamierza uzyskać student(ka), będą miały charakter anonimowy, toteż brak będzie możliwości identyfikacji pacjentów, których powyższe dane dotyczą jak i udostępnienia ich osobom trzecim.

 …………………………………………………………

 *podpis i pieczęć Dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu w Katowicach*

……………………………………………………………………

 *imię i nazwisko promotora pracy (czytelny podpis) pieczęć*