

DANE WNIOSKODAWCY:		Data wniosku
Nazwisko i Imię:		
Adres zamieszkania:		
Tel. kontaktowy:		

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

Wniosek pracownika 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 pkt 3a 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).

OPIS ZBIORU DANYCH, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA:	
SPOSÓB UDOSTĘPNIENIA ORAZ ODBIORU DOKUMENTACJI:*	
	sporządzenie kopii
	za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej
	na elektronicznym nośniku danych
Udostępnienie dokumentacji medycznej jest niezbędne w celu:	
ZAKRES DOKUMENTACJI, O KTÓRĄ WNIOSKUJE WNIOSKODAWCA*	
	Historie choroby z pobytów w szpitalu na Oddziale
	Okres czasu (rok pobytów, miesiąc):
	Kartoteki z poradni
	Okres czasu (rok wizyt, miesiąc):
	Inne:.....
Data podpis i pieczęć Wnioskodawcy	
ZGODA NA UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI	POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI
Data, podpis, pieczęć	Data, podpis Wnioskodawcy /Osoby upoważnionej

*Właściwe zaznaczyć