

....., dnia.....

.....
(pieczęć uczelni/instytutu badawczego)

Prezes Zarządu
Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego
im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o.
ul. Poniatowskiego 26
08-110 Siedlce

Wniosek

o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zwracam się z wnioskiem o udostępnienie niżej wymienionemu/wymienionej dokumentacji medycznej zgodnie z art. 26 ust. 4 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta.

1. Imię i nazwisko studenta, doktoranta lub słuchacza*, adres do korespondencji, numer telefonu lub adres e-mail:

.....
.....
.....

2. Wskazanie przeznaczenia udostępnionych danych: cele naukowe – napisanie pracy:

.....
.....
.....

(należy wpisać rodzaj pracy oraz jej tytuł)

.....

(podpis promotora pracy)

3. Zakres informacji:

- Jednostka chorobowa kod ICD 10:
(wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych)
- Zabieg/procedura kod ICD 9:
(wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych)
- Przedział czasowy:
- Dokumentacja lekarska/pielęgniarska*

