

Oświęcim,

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

Nazwa placówki ochrony zdrowia

PROŚBA O WYRAŻENIE ZGODY NA UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej w celu napisania pracy dyplomowej Pani/a

.....,studentki/a studiów
stacjonarnych/niestacjonarnych* pierwszego/drugiego* stopnia kierunku pielęgniarstwo pt:
.....
.....
.....
.....

Wykorzystanie dokumentacji medycznej będzie zgodne z art. 26 ust. 4 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r.
o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn: Dz. U. 2017, poz. 1318).

Celem udostępnienia dokumentacji medycznej jest analiza i wnioskowanie dotyczące następującego jej zakresu

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

na przestrzeni lat

Udostępnione dane z dokumentacji medycznej zostaną wykorzystane i zaprezentowane w ww pracy
dyplomowej anonimowo (w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta/pacjentów) zgodnie z zasadami
anonimizacji danych osobowych na podstawie motywu 26 preambuły RODO - rozporządzenia Parlamentu
Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z
przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych.

Podpis i pieczęć przedstawiciela Uczelni

*Niepotrzebne skreślić

