

WNIOSEK O WYDANIE ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

WYPEŁNIA PACJENT / OSOBA UPOWAŻNIONA

1. Ja niżej podpisana(y)

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania

PESEL.....

Telefon E-mail

wniosuję o wydanie oryginału dokumentacji medycznej znajdującej się w zasobach archiwalnych SP ZOZ w Łapach, dotyczącej:

a) **mojego leczenia***,

b) **leczenia osoby*:**

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL.....,

której jestem przedstawicielem ustawowym / prawnym opiekunem*,

która upoważniła mnie do odbioru dokumentacji medycznej na podstawie przedłożonego pełnomocnictwa*

2) Dokumentacja medyczna dotyczy:

A) leczenia na Oddziale

(nazwa oddziału)

w okresie od do

B) leczenia w poradni specjalistycznej

(nazwa poradni)

w okresie od do

C) pozostałych badań lub zabiegów – podać, jakich (np. badań RTG, USG, rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej, zabiegów operacyjnych itp.)

.....
.....

.....
(podpis pacjenta lub osoby przez niego
pisemnie upoważnionej)

* - niepotrzebne skreślić

WYPEŁNIA SP ZOZ

3) Potwierdzam odbiór oryginału w/w dokumentacji medycznej dotyczącej

.....
.....
(imię i nazwisko, PESEL).....
liczba stron zapisanych i ponumerowanych od nr do nr

Zobowiązuję się jednocześnie do ochrony i odpowiedniego przechowywania i ponoszenia wszelkich konsekwencji za udostępnienie informacji zawartych w tej dokumentacji oraz za utratę lub zniszczenie otrzymanej dokumentacji.

Zobowiązuję się do osobistego zwrotu oryginałów wypożyczonej dokumentacji medycznej w całości w terminie do dnia

Seria i nr dowodu tożsamości osoby pobierającej dokumentację medyczną

....., dnia
(miejscowość) (podpis pacjenta/ pełnomocnika/ Osoby upoważnionej*)

.....
(podpis pracownika SP ZOZ wydającego dokumentację)

4) Adnotacja o zwrocie oryginału dokumentacji medycznej.

Potwierdzam zwrot w/w oryginałów dokumentacji medycznej, strony zapisane i ponumerowane od nr do nr

Uwagi dot. stanu dokumentacji (kompletna, niekompletna z powodu)
.....
.....

....., dnia
(miejscowość) (podpis osoby zdającej)

.....
(podpis pracownika SP ZOZ przyjmującego dokumentację)