



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

nr...../.....r.

Do Dyrektora

Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu

- Działając: w imieniu własnym
 jako przedstawiciel ustawowy/osoba upoważniona
 jako podmiot uprawniony na podstawie art. 26 ust 3 ustawy o prawach pacjenta i RzPP

zwracam się z prośbą o udostępnienie oryginału dokumentacji medycznej pacjenta:

Nazwisko i imięPESEL.....

Adres zamieszkania

- z leczenia: stacjonarnego (w oddziale)...../ w roku..... nr KG
 stacjonarnego (w oddziale)...../ w roku..... nr KG
 ambulatoryjnego (w poradni)...../ rok ostatniej wizyty..... nr KG.....
 ambulatoryjnego (w poradni)...../ rok ostatniej wizyty..... nr KG.....

- Dokumentację: *odbiorę osobiście
 *proszę przesłać na adres:.....

*właściwy kwadrat zaznaczyć

.....
(podpis wnioskodawcy)

POTWIERDZENIE ODBIORU ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym nrseria.....
Oświadczam, że otrzymałem oryginał dokumentacji medycznej w/w pacjenta. Ponadto, po jej wykorzystaniu,
zobowiązuję się do zwrotu nieuszkodzonej, kompletnej dokumentacji oraz do przestrzegania zasad poufności i
ochrony danych osobowych.

Rodzaj odbieranej dokumentacji:..... ilość stron:

.....
(data i podpis wnioskodawcy/osoby upoważnionej)

UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym nr seria
Zwracam się z prośbą o wydanie oryginału dokumentacji medycznej, będącej w posiadaniu Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu, a dotyczącej mojej osoby oraz **upoważniam:**

.....
(Imię i nazwisko)

legitymującego/ej się dowodem osobistym nrseriado jej odbioru
z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu. Pl. Medyków 1.

.....
(data i podpis wnioskodawcy/osoby upoważnionej)

POTWIERDZENIA ZWROTU WYDANEGO ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej
pacjenta.....
Dokumentacja jest kompletna i nieuszkodzona

.....
(data i podpis osoby zdającej) (data i czytelny podpis osoby odbierającej)

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej
pacjenta.....
Dokumentacja jest niekompletna i uszkodzona (należy sporządzić protokół zaginięcia/zniszczenia zgodnie z załącznikiem nr 10 do Instrukcji Archiwalnej)

.....
(data i podpis osoby zdającej) (data i czytelny podpis osoby odbierającej)

Formularz jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu

