

**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 imię ..... PESEL.....

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 nr .....seria.....  
**Oświadczam, że otrzymałem oryginał dokumentacji medycznej w/w pacjenta. Ponadto, po jej wykorzystaniu, zobowiązuję się do zwrotu nieuszkodzonej, kompletnej dokumentacji w terminie do....., 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 nr .....seria .....do jej odbioru z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu. Pl. Medyków 1.

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