

Załącznik nr IS-01.01.03 „Wniosek o wydanie oryginału dokumentacji medycznej” - wzór formularza

WNIOSEK O WYDANIE ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Działając: w imieniu własnym
 jako przedstawiciel ustawowy / osoba upoważniona
 jako uprawniony organ

zwracam się z prośbą o udostępnienie oryginału dokumentacji medycznej pacjenta:

Imię i nazwisko

Adres

PESEL

Nazwa poradni / numer księgi głównej

dotyczącej hospitalizacji, leczenia ambulatoryjnego w postaci oryginału dokumentacji medycznej.

Dokumentację: odbiorę osobiście
 proszę przesłać na adres:

(wysyłka po wcześniejszym uiszczeniu kosztów przesyłki)

właściwy kwadrat zaznaczyć
(podpis wnioskodawcy)

POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA WNIOSKU

.....
(data i czytelny podpis pracownika ZOZ w Wągrowcu)

POTWIERDZENIE ODBIORU ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

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

Rodzaj dokumentacji, ilość stron

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

UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym numer zwracam się z prośbą o wydanie oryginału dokumentacji medycznej będącej w posiadaniu ZOZ w Wągrowcu, a dotyczącej mojej osoby oraz upoważniam

.....
(imię i nazwisko)

legitymującej się dowodem osobistym numer do jej odbioru z ZOZ w Wągrowcu przy ul. Kościuszki 74.

.....
(data i podpis pacjenta)

POTWIERDZENIE ZWROTU WYDANEGO ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej pacjenta
--

..... Dokumentacja jest kompletna i nieuszkodzona.

..... <i>(data i podpis osoby zdającej)</i>
--

..... <i>(data i czytelny podpis osoby odbierającej)</i>
