

	Instrukcja IS-01.01	Data obowiązywania: 20.10.2025
	Nadzór nad dokumentacją medyczną	Wydanie 4

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

WNIOSEK O WYDANIE ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

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

zwracam się z prośbą o udostępnienie oryginału dokumentacji medycznej pacjenta:
Imię i nazwisko
Adres
PESEL
Nazwa poradni / numer książki 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.

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