

	ZINTEGROWANY SYSTEM ZARZĄDZANIA	PA / ZI / 02
	Udostępnianie dokumentacji archiwalnej w SPZOZ w Świdnicy	
	Strona 1/1	
		Wydanie 6

Załącznik Nr 2

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

1. Wnioskodawca: Imię i nazwisko.....
Dane kontaktowe.....

2. Dokumentacja medyczna dotyczy:

PESEL

Nazwisko i imię pacjenta.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania

3. Dokumentacja dotyczy leczenia w (podać nazwę oddziału i datę pobytu lub poradni);

.....

4. Zakres danych (zaznaczyć znak „x” we właściwej rubryce):

- historia choroby,
- karta informacyjna,
- inne.....

5. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej określonej w pkt. 5 w formie (zaznaczyć znak „x” we właściwej rubryce):

- kserokopii,
- wyciągu, odpisu,
- o wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt. 5.

i zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii*, wyciągu*, odpisu* dokumentacji, zgodnie z obowiązującym cennikiem w SPZOZ w Świdnicy.

6. Oświadczam, że (zaznaczyć znak „x” we właściwej rubryce):

- o udostępnienie dokumentacji medycznej w powyższym zakresie wnioskuję po raz pierwszy
- o udostępnienie dokumentacji medycznej w powyższym zakresie wnioskuję po raz kolejny

7. Dokumentację wymienioną w pkt. 5 (zaznaczyć znak „x” we właściwej rubryce):

- odbiorę osobiście,
- odbierze osoba upoważniona,
- proszę o przesłanie za pobraniem na adres.....

**niepotrzebne skreślić*

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

Potwierdzenie odbioru:

Pobrano opłatę w wysokości

.....
(nr dowodu osobistego)

.....zł.,

.....
(podpis odbierającego)

.....
(czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację)

Niniejsza procedura jest własnością Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świdnicy.
Zabrania się jej kopiowania i rozpowszechniania bez zgody Dyrektora.

	ZINTEGROWANY SYSTEM ZARZĄDZANIA	PA/ ZI /02
		Strona 1/1
	Udostępnianie dokumentacji archiwalnej w SPZOZ w Świdnicy	Wydanie 6

Załącznik nr 3

Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej

Upoważniam Pana / Panią:

Imię i Nazwisko.....

Legitymującego(ą) się dokumentem tożsamości.....

Do odbioru dokumentacji medycznej Pana / Pani:

Imię i Nazwisko.....

Legitymującego(ą) się dokumentem tożsamości.....

.....
(data i czytelny podpis upoważniającego(ą))