



Ogłoszenie o brakowaniu (zniszczeniu) dokumentacji medycznej bez możliwości odtworzenia danych osobowych

Uprzejmie informujemy, że planowane jest brakowanie dokumentacji medycznej indywidualnej wewnętrznej pacjentów leczonych w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Świdnicy w latach 1995-1997. Dokumentacja z 1995 roku dotyczy dzieci i noworodków.

Osoby zainteresowane odbiorem oryginału indywidualnej dokumentacji medycznej przeznaczonej do zniszczenia tj. pacjent, jego przedstawiciel ustawowy, bądź osoba upoważniona przez pacjenta, będą mogły odebrać wymienioną dokumentację po uprzednim złożeniu wniosku w dyrekcji Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świdnicy, ul. Leśna 27-29, w Dziale Organizacji i Rozliczeń (pokój 21), **do dnia 05 października 2018 roku**, od poniedziałku do piątku w godzinach od 9:00 do 13:00, telefon: +48 74 851 74 90

Formularz wniosku o wydanie dokumentacji dostępny jest w Dziale Organizacji i Rozliczeń oraz na stronie internetowej szpitala.

Po w/w terminie dokumentacja medyczna zgodnie z obowiązującą procedurą zostanie przeznaczona do brakowania (zniszczenia).

Podstawa prawna: *art.29 ust. 2 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2017 r., poz.1318 z póź.zm.) oraz § 75 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 roku, poz. 2069).*


DYREKTOR
Grzegorz Kloc

WNIOSEK
O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
(przeznaczonej do brakowania/zniszczenia)
z archiwum SP ZOZ w Świdnicy, ul. Leśna 27-29

Imię i nazwisko Wnioskującego.....

Adres zamieszkania Wnioskującego.....

.....

Dowód tożsamości Wnioskującegotel. kontaktowy

W związku z planowanym zniszczeniem dokumentacji medycznej, proszę o wydanie oryginałów dokumentacji medycznej Pacjenta:

.....
(nazwisko, imię, PESEL)

leczony/a w Oddziale.....

w okresie.....

uwagi.....

Świdnica, dnia
(podpis wnioskującego)

Potwierdzam zgodność przygotowanej dokumentacji medycznej z Wnioskiem
i po sprawdzeniu tożsamości odbierającego oryginał dokumentacji medycznej potwierdzam
wydanie oryginału dokumentacji medycznej.

.....
(podpis pracownika archiwum zakładowego)

Potwierdzam odbiór oryginału w/w dokumentacji medycznej

Świdnica, dnia
(podpis odbierającego)