



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
 62-600 Koło, ul. Księcia Józefa Poniatowskiego 25
 tel.63 26-26-100, fax.63 27-20-850 NIP: 666-18-89-172, REGON: 000308554



Zał. nr 1 do Instrukcji udostępniania, prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko: Numer tel.

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

Imię i nazwisko: PESEL:

nazwa oddziału / poradni / pracowni: okres leczenia:

Wnioskuje o:

- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- odbierze osoba upoważniona - imię i nazwisko:
- inna uzgodniona forma odbioru

..... miejscowość, data podpis wnioskodawcy.....

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data:Uzgodniony termin odbioru / udostępnienia do wglądu:

..... podpis pracownika:

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona (rodzaj i nr dokumentu)

..... data i podpis pracownika wydającego.....

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.....

..... data i podpis (czytelny) odbierającego dokumentację

F-rz 18/2019



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
 62-600 Koło, ul. Księcia Józefa Poniatowskiego 25
 tel.63 26-26-100, fax.63 27-20-850 NIP: 666-18-89-172, REGON: 000308554



Zał. nr 1 do Instrukcji udostępniania, prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko: Numer tel.

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

Imię i nazwisko: PESEL:

nazwa oddziału / poradni / pracowni: okres leczenia:

Wnioskuje o:

- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- odbierze osoba upoważniona - imię i nazwisko:
- inna uzgodniona forma odbioru

..... miejscowość, data podpis wnioskodawcy.....

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data:Uzgodniony termin odbioru / udostępnienia do wglądu:

..... podpis pracownika:

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona (rodzaj i nr dokumentu)

..... data i podpis pracownika wydającego.....

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.....

..... data i podpis (czytelny) odbierającego dokumentację

F-rz 18/2019