



**WNIOSEK O WYDANIE ORYGINAŁU
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

F₂/PO/PO/24

Nr

.....
pieczętka jednostki / komórki organizacyjnej

Cześć I. ZŁOŻENIE WNIOSKU – Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy/ opiekun prawny lub osoba upoważniona w oświadczeniu w historii zdrowia i choroby wypełnia I część wniosku.

DANE PACJENTA:

PESEL

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

.....
(nazwisko i imię pacjenta)

.....
(adres zamieszkania pacjent)

Ja, niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym seria i nr zwracam się z prośbą o wydanie oryginału dokumentacji medycznej sporządzonej w ZZOZ w Wadowicach dotyczącej :

(zaznaczyć znakiem X właściwy kwadrat)

mojej osoby,

osoby: 1. której jestem przedstawicielem ustawowym /opiekunem prawnym (* właściwe podkreślić),

2. która upoważniła mnie do pozyskiwania informacji/dokumentacji w oświadczeniu stanowiącym element historii zdrowia i choroby/historia choroby ogólnej.

INFORMACJE DODATKOWE:

.....
(nazwa Poradni lub Oddziału Szpitalnego)

.....
(rodzaj dokumentacji i okres jej powstania)

i oświadczam, iż:

(zaznaczyć znakiem X właściwy kwadrat)

(cel udostępnienia dokumentacji)

oryginał dokumentacji odbiorę osobiście(nie upoważniam nikogo do odbioru),

oryginał dokumentacji odbierze osoba, którą poniżej upoważniam :

.....
(nazwisko imię osoby odbierającej)

.....
(adres zameldowania zgodny z dowodem osobistym osoby odbierającej)

.....
(data złożenia wniosku)

.....
(czytelny podpis osoby uprawnionej do pozyskania kserokopii dokumentacji medycznej)

Cześć II. DECYZJA W SPRAWIE UDOSTĘPNIENIA ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ - wypełnia Dyrektor ZZOZ w Wadowicach lub jego Zastępca. (zaznaczyć znakiem X właściwy kwadrat)

zgoda Dyrektora ZZOZ w Wadowicach lub jego Zastępcy

odmowa wydania dokumentacji: przyczyna odmowy.....

.....
(data wydania decyzji)

.....
(pieczętka i podpis Dyrektora ZZOZ w Wadowicach lub jego Zastępcy)

Cześć III. WYDANIE DOKUMENTACJI – wypełniana jest przy odbiorze przygotowanej dokumentacji medycznej.

Dane osoby odbierającej
(nazwisko imię)

.....
(adres zamieszkania/zameldowania)

seria i nr dowodu osobistego

.....
czytelny podpis pracownika ZZOZ w Wadowicach wydającego oryginał

.....
(data odbioru oryginału)

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej oryginał)

CZĘŚĆ IV: POTWIERDZENIE ZWROTU WYDANEGO ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Potwierdzam odbiór oryginału dokumentacji medycznej pacjenta

.....
Dokumentacja jest kompletna i nieuszkodzona.

.....
(data i podpis osoby zdającej)

.....
(data i podpis osoby odbierającej)