

Wnioskujący:

Pacjent Przedstawiciel ustawowy pacjenta* Osoba upoważniona Podmiot udzielający świadczeń med.

Dane Wnioskującego:

Imię, Nazwisko: PESEL:

Adres:

lub nazwa i pieczętka placówki medycznej/oddziału:

Wnioskuję o wydanie dokumentacji medycznej

pacjenta: o numerze PESEL:

- a) Dokumentacji leczenia szpitalnego dotyczącej hospitalizacji w okresie:
 pełnej dokumentacji części historii choroby dot.
- b) Dokumentacji leczenia w Poradni:
 pełnej dokumentacji części historii choroby dot.
- c) Badań radiologicznych: Klisze Płyty CD
- d) Preparatów histopatologicznych /lub i cytologicznych wykonanych dn.
z materiału:
- e) Bloczków parafinowych z materiałem histologicznym i/lub cytologicznym wykonanych dn.
z materiału:
- f) Inne:

Dane osoby odbierającej dokumentację medyczną:

Imię, Nazwisko:

Adres:

Nr i seria dowodu osobistego lub dokumentu ze zdjęciem.....

Zobowiązuję się zwrócić na swój koszt w/w oryginały dokumentacji medycznej niezwłocznie po jej wykorzystaniu.

.....
(data i podpis wnioskującego)

* *Przedstawiciel ustawowy pacjenta- właściwe proszę zakreślić - x -*

- opiekun prawny osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie**
- każdy z rodziców** dziecka pozostającego pod władzą rodzicielską. Jeżeli dziecko pozostaje pod władzą rodzicielską obojga rodziców, każde z nich może działać samodzielnie, jako przedstawiciel ustawowy dziecka (art. 98 § 1 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego)
- kurator**, o ile wynika to z postanowienia sądu, który ustanowił kuratelę
- opiekun prawny dziecka** pozostającego pod jego opieką - art. 155 § 1-2 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego

Wypełnia pracownik Centrum wydający dokumentację medyczną:Wydano: oryginał kopię szkiełka bloczki klisze płyty CD inne: Wydano dokumentację med. zgodnie z upoważnieniem pacjenta z dnia..... Nie wydano dokumentacji medycznej:.....*Podać przyczynę odmowy wydania dokumentacji*

Wydana dokumentacja medyczna zawierała:

- ponumerowanych stron:, słownie:
- preparatów szkiełkowych, słownie:
- bloczków parafinowych....., słownie:
- klisze: płyty CD: inne:

.....
(data i czytelny podpis pracownika).....
(data i czytelny podpis odbierającego)**Zwrot dokumentacji medycznej**

Zwrócono dokumentację medyczną dn:

..... stron, szkiełek, bloczków, klisz, płyt CD, innych:

-
- Zwrócono kompletną dokumentację medyczną
-
-
- Zwrócono niekompletną dokumentację medyczną.....

.....
Spis brakujących dokumentów

Uwagi:

.....
(data i czytelny podpis pracownika).....
(data i czytelny podpis zwracającego)