

Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o. o.	Formularz nr Q PP 4-02	Wydanie II z dn.08.08.2019r.
	WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ w formie oryginału z dnia nr...../.....	Strona 1 z 1

Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL lub data urodzenia:

Telefon kontaktowy:

Zgodnie z art. 27 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 Nr 52 poz. 417, z późn. zm.) dokumentacja medyczna jest udostępniana przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, **na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta.**

Wnoszę o wydanie oryginału dokumentacji medycznej ww. pacjenta, z okresu
i miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych:

.....
(nazwa oddziału/jednostki organizacyjnej Płockiego Zakładu Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o.)

Jednocześnie zobowiązuję się do zwrócenia dokumentacji medycznej niezwłocznie po jej wykorzystaniu.

.....
(czytelny podpis osoby składającej wniosek)

Decyzja odnośnie udostępnienia dokumentacji medycznej:

Zgoda Prezesa Zarządu*
Dyrektora ds. Lecznictwa*
Ordynatora Oddziału *

.....
(data, podpis, pieczęć)

Potwierdzenie odbioru:

Potwierdzam odbiór oryginału dokumentacji medycznej, ilość kart (słownie:.....)

.....
(data, czytelny podpis, nr dowodu osobistego osoby odbierającej dokumentację)

Potwierdzenie zwrotu dokumentacji:

ilość kart(słownie:)

.....
(data, czytelny podpis pracownika)

.....
(data, czytelny podpis, nr dowodu osobistego osoby zwracającej dokumentację)

*niepotrzebne skreślić