



**WNIOSEK  
O UDOSTĘPNIENIE ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

nr...../.....r.

**Do Dyrektora**

**Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu**

Działając:  w imieniu własnym  
 jako przedstawiciel ustawy/osoba upoważniona  
 jako uprawniony organ

zwracam się z prośbą o udostępnienie oryginału dokumentacji medycznej pacjenta:

Nazwisko i imię .....PESEL.....

Adres zamieszkania .....

z leczenia:  stacjonarnego (w oddziale)...../ w roku..... nr KG .....

stacjonarnego (w oddziale)...../ w roku..... nr KG .....

ambulatoryjnego (w poradni)...../ rok ostatniej wizyty..... nr KG.....

ambulatoryjnego (w poradni)...../ rok ostatniej wizyty..... nr KG.....

Dokumentację:  odbiorę osobiście  
 proszę przesłać na adres: .....

odbierze osoba upoważniona

właściwy kwadrat zaznaczyć

.....  
(podpis wnioskodawcy)

**POTWIERDZENIE ODBIORU ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja, niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym nr .....seria.....

Oświadczam, że otrzymałem oryginał dokumentacji medycznej w/w pacjenta. Ponadto, zobowiązuję się do zwrotu nieuszkodzonej, kompletnej dokumentacji oraz do przestrzegania zasad poufności i ochrony danych osobowych.

Rodzaj odbieranej dokumentacji:.....ilość stron: .....

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

.....  
(data i podpis wnioskodawcy/osoby upoważnionej)

**UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja, niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym nr .....seria.....

Zwracam się z prośbą o wydanie oryginału dokumentacji medycznej, będącej w posiadaniu Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu, a dotyczącej mojej osoby oraz upoważniam:

.....  
(Imię i nazwisko)

legitymującego/ej się dowodem osobistym nr .....seria .....do jej odbioru z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu, Pl. Medyków 1.

.....  
(data i podpis wnioskodawcy/osoby upoważnionej)

**POTWIERDZENIA ZWROTU WYDANEGO ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

pacjenta.....

Dokumentacja jest kompletna i nieuszkodzona

.....  
(data i podpis osoby zdającej)

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

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

pacjenta.....

Dokumentacja jest niekompletna i uszkodzona (należy sporządzić protokół zaginięcia/ zgodnie z zał. nr do instrukcji archiwalnej)

.....  
(data i podpis osoby zdającej)

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