

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ****Dane wnioskodawcy:**

Imię i nazwisko: .....

PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

Nr telefonu do kontaktu .....

**Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:***( wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca jest inna osoba niż pacjent)*

Imię i nazwisko: .....

PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

Nr telefonu do kontaktu .....

**Wnioskuje o ( odpowiednie skreślić):**

- ☐ wydanie kserokopii dokumentacji medycznej
- ☐ wydanie odpisu dokumentacji medycznej
- ☐ udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

**Zakres udostępnianej dokumentacji medycznej:****Rodzaj dokumentacji:****Poradnia specjalistyczna ( nazwa poradni, okres leczenia) .....**

.....

.....

**Szpital :**

Oddział ( nr księgi głównej).....

Termin pobytu : .....

**Inne ( gabinet fizjoterapii , wypis z księgi ambulatoryjnej Izby Przyjęć SOR,NPL, karta ZRM ).....**

.....

.....

**Sposób odbioru dokumentacji (odpowiednie skreślić) :**

- ☐ Odbiór osobisty
- ☐ Poproszę o przesłanie pocztą na adres :  
.....  
.....
- ☐ Odbierze osoba upoważniona ( dane osoby upoważnionej : imię i nazwisko, data urodzenia):  
.....  
.....

**Oświadczam, że pokryję w całości koszt przygotowania wnioskowanej dokumentacji medycznej.** (Opłata za udostępnienie dokumentacji medycznej pobierana jest na mocy uprawnień nadanych podmiotom leczniczym w art. 28 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t. j. Dz. U. z 2016 r., poz. 186, z późn. zm.).

\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ .....

data i podpis wnioskodawcy

\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ .....

data i podpis osoby przyjmującej wniosek

**Potwierdzenie odbioru**

Potwierdzam odbiór kserokopii / odpisu / wglądu do /dokumentacji medycznej

w dniu \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

.....

podpis osoby odbierającej dokumentację

.....

podpis osoby wydającej dokumentację

---

UWAGI:

**WNIOSEK O WYPOŻYCZENIE ZDJĘĆ RTG**

**Dane wnioskodawcy:**

.....

Imię i nazwisko pacjenta

.....

Adres zamieszkania

.....

PESEL lub data urodzenia

.....

Nr telefonu

**Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:**

*( wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca jest inną osobą niż pacjent)*

.....

Imię i nazwisko pacjenta

.....

Adres zamieszkania

.....

PESEL lub data urodzenia

.....

Nr telefonu

Proszę o wypożyczenie zdjęcia RTG z leczenia w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki

Zdrowotnej w Płońsku *(nazwa oddziału)*.....

w okresie *(data pobytu)*.....

Zobowiązuję się zwrócić wypożyczone zdjęcie ( ilość sztuk )..... do Archiwum RTG.

Przewidywany termin zwrotu .....

.....

data i podpis pracownika wypożyczającego

.....

data i podpis pacjenta

**Potwierdzenie zwrotu**

Potwierdzam zwrot w/w zdjęcia RTG ..... szt    w dniu \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

.....

podpis pracownika

.....

podpis pacjenta lub osoby  
upoważnionej do odbioru

---

**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU ZDJĘCIA:**

Ja, niżej podpisany/a .....upoważniam do  
odbioru zdjęcia RTG ( *Imię i nazwisko*).....

.....

podpis osoby upoważniającej

---

UWAGI :

**WNIOSEK O WYPOŻYCZENIE ORYGINAŁU ARCHIWALNEJ  
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ KOMÓRKOM WEWNĘTRZNYM**

.....  
(nazwa, pieczęć komórki organizacyjnej)

Imię i nazwisko osoby wnioskującej o wypożyczenie .....

Powód wypożyczenia dokumentacji medycznej .....

.....

| Lp. | Nr historii choroby /<br>Rok wypisu | Imię i nazwisko pacjenta | PESEL |
|-----|-------------------------------------|--------------------------|-------|
| 1.  |                                     |                          |       |
| 2.  |                                     |                          |       |
| 3.  |                                     |                          |       |
| 4.  |                                     |                          |       |
| 5.  |                                     |                          |       |
| 6.  |                                     |                          |       |
| 7.  |                                     |                          |       |

.....  
podpis i pieczęć osoby  
wnioskującej o wypożyczenie

.....  
podpis , pieczęć osoby  
wypożyczającej

### **Potwierdzenie wydania**

Potwierdzam wydanie oryginału dokumentacji medycznej w dniu \_\_/\_\_/\_\_\_\_

.....

podpis pracownika wydającego

.....

podpis pracownika wypożyczającego

---

### **Potwierdzenie zwrotu**

Potwierdzam zwrot oryginału dokumentacji medycznej w dniu \_\_/\_\_/\_\_\_\_

.....

podpis pracownika zdającego

.....

podpis pracownika przyjmującego

---

**UWAGI :**

## Dokumentacja Medyczna Wypożyczana Komórkom Wewnętrznym

| L.p. | Nr historii choroby / Rok | Imię i nazwisko pacjenta | Data wydania | Podpis wypożyczającego | Data zwrotu i podpis przyjmującego | Komórka wypożyczająca |
|------|---------------------------|--------------------------|--------------|------------------------|------------------------------------|-----------------------|
| 1.   |                           |                          |              |                        |                                    |                       |
| 2.   |                           |                          |              |                        |                                    |                       |
| 3.   |                           |                          |              |                        |                                    |                       |
| 4.   |                           |                          |              |                        |                                    |                       |
| 5.   |                           |                          |              |                        |                                    |                       |
| 6.   |                           |                          |              |                        |                                    |                       |
| 7.   |                           |                          |              |                        |                                    |                       |
| 8.   |                           |                          |              |                        |                                    |                       |
| 9.   |                           |                          |              |                        |                                    |                       |
| 10.  |                           |                          |              |                        |                                    |                       |
| 11.  |                           |                          |              |                        |                                    |                       |
| 12.  |                           |                          |              |                        |                                    |                       |
| 13.  |                           |                          |              |                        |                                    |                       |
| 14.  |                           |                          |              |                        |                                    |                       |
| 15.  |                           |                          |              |                        |                                    |                       |
| 16.  |                           |                          |              |                        |                                    |                       |
| 17.  |                           |                          |              |                        |                                    |                       |
| 18.  |                           |                          |              |                        |                                    |                       |

