



Tuchola, dnia

Decyzja Prezesa
Szpitala Tucholskiego sp. z o. o.
Wyrażam / nie wyrażam zgody

.....
(data, podpis i pieczęć)

WNIOSEK O WYDANIE ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

WYPEŁNIA PACJENT / OSOBA UPOWAŻNIONA

1. Ja niżej podpisana(y)

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL:

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

Telefon: E- mail:

wnioskuje o wydanie oryginału dokumentacji medycznej znajdującej się w zasobach Szpitala Tucholskiego sp. z o.o., dotyczącej

a) **mojego leczenia***,

b) **leczenia osoby*:**

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL:

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

- której jestem przedstawicielem ustawowym / prawnym opiekunem

- która upoważniła mnie do odbioru dokumentacji medycznej na podstawie przedłużonego pełnomocnictwa

2. Dokumentacja medyczna dotyczy:

a) leczenia na Oddziale w okresie od do

b) leczenia w poradni specjalistycznej w okresie od do

c) pozostałych badań lub zabiegów – podać jakich (np. badań RTG, USG, rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej, zabiegów operacyjnych itp.)

3. Do jakich celów wnioskowane jest wydanie oryginału dokumentacji:

.....
(podpis pacjenta lub osoby przez niego pisemnie upoważnionej)

WYPEŁNIA SZPITAL

4. Potwierdzam odbiór oryginału w/w dokumentacji medycznej dotyczącej

.....
(imię i nazwisko, PESEL)

liczba stron zapisanych i ponumerowanych od nr do nr

- Zobowiązuje się jednocześnie do ochrony i odpowiedniego przechowywania i ponoszenia wszelkich konsekwencji za udostępnienie informacji zawartych w tej dokumentacji oraz za utratę lub zniszczenie otrzymanej dokumentacji.

- Zobowiązuje się do osobistego zwrotu oryginałów wypożyczonej dokumentacji medycznej w całości w terminie do dnia

Seria i nr dowodu tożsamości osoby pobierających dokumentację medyczną

Tuchola, dnia

.....
(podpis pacjenta / pełnomocnika osoby upoważnionej*)

.....
(podpis pracownika szpitala wydającego dokumentację)

5. Adnotacja o zwrocie oryginału dokumentacji medycznej.

Potwierdzam zwrot w/w oryginału dokumentacji medycznej, strony zapisane i ponumerowane od nr do nr

Uwagi dotyczące stanu dokumentacji medycznej (kompletna, niekompletna z powodu)

Tuchola, dnia

.....
(podpis pacjenta / pełnomocnika osoby upoważnionej*)

.....
(podpis pracownika szpitala wydającego dokumentację)

6. Uwagi