

SP ZOZ WSPRITS w Płocku	Formularz SZJ	Strona	1 z 1
	WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ w formie oryginału z dnia nr...../.....	Wydanie	1 z dn. 05.01.2017
		Zmiana	0

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL lub data urodzenia:

Telefon kontaktowy:

Zwracam się z prośbą o wydanie oryginału dokumentacji medycznej ww. pacjenta sporządzonej w SP ZOZ Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Płocku,

.....
(nazwa dokumentacji medycznej/ data udzielonego świadczenia medycznego)

Zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym SP ZOZ Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Płocku Rozdział VII §29 ust. 20. Zakład nie pobiera opłat za udostępnienie w tej formie dokumentacji medycznej. Jednocześnie zobowiązuję się zwrócić dokumentację niezwłocznie po jej wykorzystaniu, nie później jednak niż w terminie do

14 dni od dnia wydania ww. dokumentacji.

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

Decyzja odnośnie udostępnienia dokumentacji medycznej:

Zgoda Dyrektora Zakładu*
Dyrektora ds. Medycznych*
Upoważnionego pracownika *

.....
(data, podpis, pieczęć)

Potwierdzenie odbioru: Potwierdzam odbiór oryginału dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do jej zwrotu w terminie do dnia

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

.....
(data, czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację medyczną)

*niepotrzebne skreślić