 „Ludzie, których znasz – opieką, której ufasz”	PP 4.1 – F01	PROCEDURA UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
	Wydanie 1	Strona 1 z 2

Puck, dnia

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

DANE WNIOSKODAWCY:

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

Nazwa i nr dokumentu tożsamości, gdy brak PESEL:

DANE PACJENTA (wypełnić, jeśli wnioskodawca jest osobą upoważnioną):

Imię i Nazwisko:

PESEL:

RODZAJ DOKUMENTACJI

Komórka organizacyjna (oddział, poradnia, pracownia itp.):

Okres udzielania świadczeń:

Nr księgi głównej:

CEL UDOSTĘPNIENIA (właściwe zaznaczyć):

udostępnienie pacjentowi:

udostępnienie osobie upoważnionej:

udostępnienie w celu zapewnienia ciągłości świadczeń opieki zdrowotnej

udostępnienie w innych celach medycznych:

udostępnienie osobie przygotowującej się do wykonywania zawodu medycznego

udostępnienie w celach naukowych

udostępnienie w celach kontrolnych


FORMA UDOSTĘPNIENIA:

wypożyczenie dokumentacji

sporządzenie wyciągu, odpisu, kopii

do wglądu z możliwością/bez możliwości wykonywania notatek, zdjęć

w formie odwzorowania cyfrowego

 „Ludzie, których znasz – opieka, której ufasz”	PP 4.1 – F01	PROCEDURA UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
	Wydanie 1	Strona 2 z 2

FORMA ODBIORU

- odbiór osobisty
- odbiór przez osobę upoważnioną (imię, nazwisko, PESEL):

za pomocą środków komunikacji elektronicznej na adres/skrzynkę podawczą:

za pośrednictwem poczty tradycyjnej na adres:

.....
 Czytelny podpis wnioskodawcy – gdy wnioskodawcą jest
 pacjent lub osoba upoważniona

.....
 Podpis i pieczętka pracownika – gdy wnioskodawcą jest
 pracownik Szpitala Puckiego

UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI:

Wnioskowana dokumentacja została udostępniona dnia:

Termin zwrotu – w przypadku wypożyczenia:

Ilość wypożyczonej dokumentacji:

Tożsamość wnioskodawcy/osoby odbierającej
 potwierdzono na podstawie dokumentu tożsamości.

.....
 Podpis i pieczętka pracownika Magazynu dokumentów

POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji (dotyczy odbioru osobistego).

.....
 Data i czytelny podpis osoby odbierającej – gdy osobą
 odbierającą jest pacjent lub osoba upoważniona

.....
 Data, podpis i pieczętka pracownika – gdy osobą odbierającą
 Jest pracownik Szpitala Puckiego

POTWIERDZENIE ZWROTU DOKUMENTACJI (wypełnić w przypadku wypożyczenia)

Potwierdzam zwrot wnioskowanej dokumentacji w całości dnia:

.....
 Podpis i pieczętka pracownika Magazynu dokumentów