■ ***strona pierwsza***

Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy Caritas
ul. Bolesława Prusa 29
36-060 Głogów Małopolski

Załącznik nr 4 do Instrukcji

Instrukcja w sprawie udostępniania dokumentacji medycznej

WNIOSEK
O WYDANIE ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

WYPEŁNIA OSOBA UPOWAŻNIONA
Upoważnione organy władzy Publicznej……. ……. Numer teleonu:…… wnioskuję o wydanie oryginału dokumentacji medycznej znajdującej się w zasobach archiwalnych, Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego Caritas Okręg Głogów Małopolski dotyczącej: leczenia osoby* Imię i nazwisko..... PESEL: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
2.Dokumentacja medyczna dotyczy: a) pobytu w Oddziale ZPO w okresie od.....do…… b) rehabilitacji środowiskowej w okresie od..... do…… ……. (podpis osoby upoważnionej)

*niepotrzebne skreślić

Decyzja Kierownika
Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego
Caritas Okręg Głogów Małopolski
Wyrażam /nie wyrażam zgody*
……
Data, podpis i pieczęć Kierownika*

Instrukcja w sprawie udostępniania dokumentacji medycznej

WYPEŁNIA ZAKŁAD

4**. Potwierdzam odbiór oryginału w/w dokumentacji medycznej dotyczącej:**

……

(Imię i Nazwisko)

Liczba stron zapisanych i ponumerowanych od nr ……do nr……

- Zobowiązuję się jednocześnie do ochrony i odpowiedniego przechowywania i ponoszenia wszelkich konsekwencji za udostępnianie informacji zawartych w tej dokumentacji.
- Zobowiązuję się do zwrotu oryginałów wypożyczonej dokumentacji medycznej w całości w terminie do dnia…….

Głogów Małopolski dnia…… ……..

Czytelny podpis osoby upoważnionej do odbioru dokumentacji

……..

Czytelny podpis osoby wydającej dokumentację

5. Adnotacja o zwrocie oryginału dokumentacji medycznej:

Potwierdzam odbiór oryginału w/w dokumentacji medycznej. Strony zapisane i ponumerowane od nr……do nr…….

Uwagi dotyczące stanu dokumentacji (kompletna, niekompletna z powodu)

……

……

……

Głogów Małopolski dnia……

…… ……

podpis osoby zdającej podpis pracownika Zakładu ZPO

6. Uwagi