

.....
(Pieczęć jednostki/ komórki organizacyjnej)

Data

KARTA UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę o udostępnienie / wydanie kopii* dokumentacji pacjenta

.....
(Imię i Nazwisko, data urodzenia, adres)
Historia choroby / karta informacyjna leczenia szpitalnego / wynik badania (jakie?).....
Karta zdrowia i choroby poradni (jakiej?)*
Z leczenia w okresie od do

Dotyczy: osoby wypełniającej kartę / osoby pozostającej pod opieką / członka rodziny*

Dane osoby składającej kartę Imię i Nazwisko, PESEL.....

Adres, rodzaj i nr dokumentu

.....
(Podpis osoby wypełniającej kartę)

Zezwalam na udostępnienie / wydanie kopii* dokumentacji

.....
(data i podpis Dyrektora SP ZOZ)

Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji zgodnie z kartą

.....
(data i podpis osoby odbierającej)

Adnotacje o zwrocie dokumentacji udostępnionej (wypełnia pracownik archiwum – składnicy akt):

.....
.....

Dokumentacja zwrócone do Archiwum – składnicy akt dnia

.....
(podpis pracownika Archiwum)

* niepotrzebne skreślić