

Szpital Powiatowy w Wyrzysku Sp. z o. o.

ul. 22 Stycznia 41, 89-300 Wyrzysk

tel.: +48 67 286 26 22

fax: +48 67 286 24 63

e-mail: szpitalwyrzysk@wp.pl

http://szpitalwyrzysk.com



Załącznik Nr 3 do Procedury
"Zasady udostępniania dokumentacji medycznej
na zewnątrz Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Spółka z o.o."

Wyrzysk, dnia

Wniosek o wgląd do dokumentacji medycznej znajdującej się w zasobach archiwalnych Spółki dotyczącej:

1. Mojej osoby
2. Osoby, której jestem prawnym opiekunem
3. Posiadam upoważnienie (w załączniku)

1. DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy :

Nazwisko Imię PESEL

Przebywał:

Oddział daty hospitalizacji

Poradnia data wizyty

Diagnostyka obrazowa (RTG, CT)

Badanie wykonano w czasie:

pobytu szpitalnego w oddziale w dniu

wizyty ambulatoryjnej w poradni w dniu

Płyta CD z badaniem RTG Płyta CD z badaniem CT Klisza RTG

Inne szczególne (wymagany opis wniosku):

.....
.....

2. DANE WNIOSKODAWCY (w przypadku odbioru kopii dokumentacji przez inne osoby niż wnioskodawca wymagane jest upoważnienie):

Imię i nazwisko PESEL

Adres tel.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

Dokumentację do wglądu udostępniono dnia

.....
(data i podpis osoby udostępniającej dokumentację)

.....
(data i podpis osoby oglądającej dokumentację)