



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzychodzie
ul. Szpitalna 10 , 64 - 400 Międzychód

NIP: 595-13-40-382 REGON: 000310249 KRS: 0000005301
Sekretariat: tel./fax 95 748 27 11 Centrala: tel. 95 748 20 11
e-mail: spzozmiedzychod@spzoz-miedzychod.com.pl e-mail: 3000310@zoz.org.pl

www.spzoz-miedzychod.com.pl

Załącznik nr 2 do procedury Udostępnienia dokumentacji medycznej; Wydanie nr 6 z dnia 10.04.2019

Część A

POTWIERDZENIE ZŁOŻENIA WNIOSKU O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Data złożenia wniosku

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dzień			miesiąc			rok			

*Zgodnie z Procedurą UDOSTĘPNIENIE
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ dokumentacja
medyczna udostępniana jest w terminie do 7 dni
roboczych od daty złożenia wniosku.*

Proponowana data
wglądu/ odbioru
dokumentacji

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dzień			miesiąc			rok			

UWAGA!

Podczas odbioru dokumentacji bezwzględnie wymagane jest okazanie dowodu osobistego oraz niniejszego potwierdzenia złożenia wniosku.

Dokumentację odebrać może jedynie osoba, której dotyczy dokumentacja medyczna, jej przedstawiciel ustawowy lub osoba upoważniona do odbioru lub osoba bliska (*po śmierci pacjenta*). W celu upoważnienia innej osoby należy wypełnić część B załącznika.

.....
podpis osoby przyjmującej wniosek

Część B

**UPOWAŻNIENIE
DO UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Upoważniam pana/Panią (proszę wypełnić drukowanymi literami)

.....
(imię i nazwisko)

adres zamieszkania

legitymującego/cej się dokumentem tożsamości seria nr

wydanym dnia przez

do *(wpisać: odbioru wyciągu, odpisu, kopii lub wglądu do)* **mojej dokumentacji medycznej**

Dane upoważniającego:

.....
(imię i nazwisko upoważniającego)

.....
(PESEL)

adres zamieszkania

.....
data i czytelny podpis upoważniającego