



WNIOSEK

O UDOSTĘPNIENIE ARCHIWALNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ZA POKWITOWANIEM ODBIORU I Z ZASTRZEŻENIEM ZWROTU

.....
Komórka organizacyjna

Dnia __/__/__-__/__/__-__/__/__/

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/ PESEL Nr Ks.gł/CD..... Nr Ks.gł/CD.....

Nr Ks.gł/CD..... Nr Ks.gł/CD..... Nr Ks.gł/CD..... Nr Ks.gł/CD.....

Cel wypożyczenia: kontynuacja leczenia badania naukowe inne.....

.....
Czytelny podpis osoby składającej wniosek

Wyrażam zgodę

.....
Pieczętka i podpis Kierownika Kliniki/Oddziału, który przekazał dok. med. do Archiwum

POTWIERDZENIE PRZEKAZANIA I ZWROTU

Potwierdzam przekazanie i odbiór dokumentacji medycznej.....
imię i nazwisko pacjenta

PESEL __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/ PESEL Nr Ks.gł/CD..... Nr Ks.gł/CD.....

Nr Ks.gł/CD..... Nr Ks.gł/CD..... Nr Ks.gł/CD..... Nr Ks.gł/CD.....

w postaci: **oryginału indywidualnej dokumentacji medycznej** - liczba stron/CD...../...../...../...../...../, który
zobowiązuję się zwrócić do dnia __/__/__-__/__/__-__/__/__/ Data przekazania: __/__/__-__/__/__-__/__/__/

.....
Czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

.....
Czytelny podpis osoby przekazującej dokumentację

Adnotacje o zwrocie.....

Data zwrotu: __/__/__-__/__/__-__/__/__/

.....
Czytelny podpis osoby zwracającej dokumentację

.....
Czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację