



SAMODZIELNY
PUBLICZNY SZPITAL
KLINICZNY NR 2
PUM w Szczecinie

WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

KARTA UDOSTĘPNIENIA nr.....

nr lp. ks. udostępnień

Proszę o wypożyczenie/ o udostępnienie na miejscu* dokumentacji
medycznej.....

(podać rodzaj

dokumentacji)

z lat.....wytworzonych przez.....

(nazwa jednostki organizacyjnej)

ilości pozycji.....:

Cel:(zaznaczyć „ x” we właściwym wierszu. ☒):

- na wniosek pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby upoważnionej przez pacjenta.
- na wniosek sądu/prokuratury/zakładu ubezpieczeń
- dla potrzeb podmiotów prowadzących rejestry usług medycznych
- na wniosek osób wykonujących czynności kontrolne
- kontynuacji leczenia
- na wniosek organów władzy publicznej (np. NFZ, Rzecznik Praw Pacjenta)
- weryfikacji rozliczeń świadczeń
- dołączenia dokumentacji
- szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych
- inne(podać jakie).....

termin zwrotu:.....

zwrócono dnia.....

.....
Podpis i pieczęć osoby korzystającej
ordynatora/kierownika
z dokumentacji

.....
podpis i pieczęć

W przypadku udostępnienia dokumentacji o dostępności prawnie ograniczonej szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych użytkownik podpisuje zobowiązanie.

Zobowiązuję się do wykorzystania informacji uzyskanych na podstawie udostępnionych materiałów z zasobu Archiwum Medycznego, a mających znamiona aktualności, w sposób nienaruszający wolności albo praw, wynikających w szczególności z przepisów chroniących dobra osobiste lub dane osobowe.

.....

data

* *niepotrzebne skreślić*

.....

podpis