

	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kraśniku	Załącznik	Numer PP 5.4.4
		Wzór wniosku o udostępnienie oryginału dokumentacji medycznej	Wydanie nr 6 z dnia 29.01.2025 r.
			Strona 1 z 1

I. Wypełnia wnioskodawca.

.....
(pieczęć komórki organizacyjnej)

Proszę o udostępnienie oryginału dokumentacji medycznej:

Lp.	PESEL pacjenta	Imię i nazwisko pacjenta	Rok wypisu	Nr księgi głównej

na okres do
(planowany termin zwrotu)

.....
(data, podpis wnioskodawcy, podpis kierownika komórki organizacyjnej)

II. Wypełnia pracownik Sekcji Dokumentacji Medycznej

Wnioskowana dokumentacja została udostępniona dnia
w ilości/wg wybranych pozycji*
z terminem do zwrotu.....

.....
(podpis osoby odbierającej)

Udostępniona dokumentacja została zwrócona w całości dnia

.....
(podpis osoby zdającej)

.....
(podpis osoby przyjmującej)