

## REWERS WYPOŻYCZENIA Z ARCHIWUM ZDJĘCIA RTG NA KLISZY

Data wypożyczenia dokumentacji: .....

Dane pacjenta .....

(imię i nazwisko, PESEL)

Numer historii choroby w wykazie głównym (zawierającej kliszę RTG): .....

**Imię i nazwisko, nr telefonu, adres zamieszkania osoby wypożyczającej kliszę:**

.....

.....

Przybliżony termin zwrotu dokumentacji: .....

Podpis osoby wypożyczającej dokumentację: .....

### Wypełnia pracownik wydający dokumentację medyczną

Udostępniono dokumentację medyczną w zakresie zgodnym z powyższym wnioskiem poprzez:

- odbiór osobisty
- za pośrednictwem osoby upoważnionej \*

Weryfikacji tożsamości wnioskującego dokonano na podstawie wglądu w dokument ze zdjęciem potwierdzający tożsamość wnioskodawcy, tj.: .....

\* Udostępnienie osobie upoważnionej następuje po okazaniu dokumentu upoważniającego do wypożyczenia dokumentacji medycznej.

---

Data zwrotu dokumentacji do Archiwum: .....

.....

Data i czytelny podpis pracownika  
przyjmującego dokumentację

.....

Data i czytelny podpis osoby  
zwracającej dokumentację