

WSSDz im. św. Ludwika w Krakowie	<b>PROCEDURA</b> <b>UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI</b> <b>MEDYCZNEJ, WYDAWANIA</b> <b>ZAŚWIADCZEŃ</b>	Nr dokumentu: <b>P/MED/39/2015</b>	Wydanie: <i>1</i>	Obowiązuje od: <b>10.12.2015</b>
		Strona: 2		
<i>Niniejszy dokument jest własnością MCRD. Zabrania się dokonywania zmian w treści, kopiowania i rozpowszechniania bez zgody Dyrektora lub Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością.</i>				

**Wniosek o wydanie zaświadczenia** F2/P/MED./39/2015  
**o pobycie na Oddziale Stacjonarnym, w Ośrodku Rehabilitacji Diennej,**  
**wykonanych zabiegach fizjoterapeutycznych, orzeczenie o stanie zdrowia**

**DANE WNIOSKODAWCY:**

Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

PESEL.....Numer telefonu kontaktowego.....

Nr dowodu tożsamości:.....

**DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY ZAŚWIADCZENIE:**

Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL.....

**POBYT NA ODDZIALE STACJONARNYM:**

POBYT OD.....DO.....

**POBYT W OŚRODKU REHBILITACJI DZIENNEJ:**

POBYT OD.....DO.....

**WYKONANE ZABIEGI FIZJOTERAPEUTYCZNE:**

OD .....DO.....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA PACJENTA.....**

Wnioskuje o wydanie zaświadczenia w celu:

- a. dalszego leczenia w innym podmiocie leczniczym,
- b. niezwiązanym z dalszym leczeniem.

Zaświadczenie:

- a) odbiorę osobiście;
- b) odbierze osoba przeze mnie upoważniona.
- c) za pośrednictwem poczty

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

**Potwierdzenie wydania**

Tożsamość osoby odbierającej zaświadczenie stwierdzono na podstawie:

..... nr .....  
(podać nazwę dokumentu tożsamości).

.....  
(czytelny podpis osoby odbierającej)

.....  
(data, podpis i pieczęć pracownika wydającego)