



## WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Wnioskodawca:

Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania

.....

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu kontaktowego .....

2. Dokumentacja medyczna dotyczy:

Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania

.....

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Dokumentacja dotyczy leczenia w (podać nazwę komórki organizacyjnej i datę pobytu):

.....

4. Do jakich celów udostępniana jest dokumentacja medyczna: .....

5. Rodzaj dokumentacji medycznej (zaznaczyć "X" we właściwej rubryce):

- Historia choroby     Karta Informacyjna     Płyta z badaniem TK  
 Płyta z badaniem MR     Płyta z badaniem RTG     Płyta z badaniem USG

inne: .....

6. Wnioskuje (zaznaczyć "X" we właściwej rubryce):

- o udostępnienie dokumentacji medycznej określonej w pkt. 5  
 o wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt. 5

i zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kopii dokumentacji zgodnie z obowiązującym cennikiem

7. W przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej określonej w pkt. 5 zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.

8. Dokumentację wymienioną w pkt. 5:

- odbiorę osobiście                       proszę przesłać na adres określony w pkt. 1

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

**Data wpłynięcia wniosku:**

1. Stempel z datownikiem

.....

2. Podpis osoby odbierającej wniosek

.....

**Wydano:**

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie:

..... nr.....

(podać nazwę dokumentu tożsamości)

Wystawiono paragon nr ..... z dnia .....

.....

(data wydania dokumentu)

.....

(czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

.....

(czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację)

**Wysłano listem poleconym:**

Nr nadawczy ..... dnia .....

.....

(czytelny podpis pracownika wysyłającego dokumentację)