



SZPITAL POWIATOWY
W CHRZANOWIE
32-500 Chrzanów, ul. Topolowa 16

Tel. 032-624-70-00
FAX 032-623-94-28
e-mail: sekretariat@szpital-chrzanow.pl

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. **Wnioskodawca:**

Imię i nazwisko

Nr PESEL

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

.....
Adres zamieszkania

.....
Nr tel. kontaktowego.....

2. **Dokumentacja medyczna dotyczy** (wypełnić w przypadku osoby innej niż wnioskodawca):

Imię i nazwisko

Nr PESEL

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

.....
Adres zamieszkania

3. **Dokumentacja dotyczy leczenia** w (podać nazwę oddziału/poradni/innej, okres hospitalizacji/datę wizyty):

4. **Rodzaj dokumentacji medycznej** (zaznaczyć **x** we właściwej rubryce):

- karta informacyjna historia choroby płyta RTG płyta TK
 inne

5. **Dokumentacja medyczna będzie wykorzystana do celów** (zaznaczyć **x** we właściwej rubryce):

- związanych z kontynuacją leczenia innych, nie związanych z kontynuacją leczenia

6. **Wnioskuje o w/w zakres dokumentacji medycznej** (zaznaczyć **x** we właściwej rubryce) :

- po raz pierwszy** **po raz kolejny**

7. **Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej określonej w pkt. 4 w formie:**(zaznaczyć **x** we właściwej rubryce):

- kopii albo wydruku – 0,36 zł** brutto za jedną stronę,
 wyciągu/odpisu– 10,39 zł brutto za jedną stronę,
 na elektronicznym nośniku danych– 2,07 zł brutto za jeden nośnik,
i zobowiązuje się do pokrycia kosztów realizacji powyższego zgodnie z w/w cennikiem.

- Wnioskuje o **wgląd** do dokumentacji medycznej.

8. **Dokumentację wymienioną w pkt. 4:**

- odbiorę osobiście odbierze osoba upoważniona proszę przesłać na adres wskazany w pkt. 1*

.....
Data i czytelny podpis wnioskodawcy

* Do przesyłki zostanie doliczony koszt przesyłki wg cennika usług pocztowych.

9. Przygotowano wnioskowaną dokumentację medyczną w ilości stron:

.....

Data i czytelny podpis przygotowującego

10. Wydano:

- Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie:

.....nr.....

(podać nazwę dokumentu tożsamości)

- Kwota do zapłaty za udostępnioną dokumentację medyczną: zł.
- Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji medycznej w ilości stron:
- Wysłano listem poleconym: nr nadawczydnia.....

.....

**Data i czytelny podpis
odbierającego/osoby upoważnionej**

Data i czytelny podpis wydającego