



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

Chrzanów, dnia

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Wnioskodawca:

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

Nr PESEL

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Nr tel. kontaktowego.....

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

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

Nr PESEL

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

3. Dokumentacja dotyczy leczenia w (podać nazwę oddziału/poradni/inne i 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. Wnioskuję (zaznaczyć x we właściwej rubryce):

- o udostępnienie **kopii** dokumentacji medycznej określonej w pkt. 4 – **0,77 zł** brutto za jedną stronę,
 o **odpis** dokumentacji medycznej określonej w pkt. 4 – **7,70 zł** brutto za jedną stronę,
 o **kopię na elektronicznym nośniku danych** określonym w pkt. 4 – **7,70 zł** brutto za jeden nośnik,
 o **wgląd** do dokumentacji medycznej określonej w pkt. 4,

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

7. Dokumentację wymienioną w pkt. 4 odbiorę :

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

.....
Data i podpis wnioskodawcy

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

8. Wydano

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie :

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

Kwota do zapłaty za udostępnioną dokumentację medyczną: zł.

Potwierdzam odbiór kopii wnioskowanej dokumentacji medycznej w ilości stron:

Wysłano listem poleconym: nr nadawczy dnia.....

.....

Data i podpis odbierającego / osoby upoważnionej

Data i czytelny podpis wydającego