



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

## WNIOSEKO 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 (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 – 0,33zł brutto za jedną stronę,  
 wyciągu – 9,67 zł brutto za jedną stronę,  
 odpisu – 9,67 zł brutto za jedną stronę,  
 na elektronicznym nośniku danych – 1,93 zł brutto za jeden nośnik,

i zobowiązuję 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 nadawczy .....dnia.....

.....

**Data i czytelny podpis**

**odbierającego/osoby upoważnionej**

**Data i czytelny podpis wydającego**