



**Wniosek o udostępnianie dokumentacji
medycznej**

Wydanie: 6

Strona 1 z 3

Katowice, dnia

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. Zakres dokumentacji medycznej (np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań...)

.....

.....

5. Forma udostępnienia:

kopia wyciąg odpis wydruk

inne.....

do wglądu oryginału we wskazanej komórce organizacyjnej

6. Sposób udostępnienia:

papierowa na nośnikach danych płyta CD (badanie RTG, TK) skan



**Wniosek o udostępnianie dokumentacji
medycznej**

Wydanie: 6

Strona 2 z 3

7. Sposób odbioru dokumentacji:

- Dokumentację medyczną odbiorę **OSOBIŚCIE**
- Dokumentację medyczną **PROSZĘ WYŚLAĆ POCZTĄ** na wskazany w punkcie 1 adres
- Dokumentację medyczną **PROSZĘ WYŚLAĆ POCZTĄ ELEKTRONICZNĄ**

na adres e-mail.....

- Dokumentację medyczną **ODBIERZE OSOBA, KTÓRĄ UPOWAŻNIAM poniżej:**

Imię i Nazwisko:

nr dokumentu tożsamości.....

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy

8. Potwierdzenie odbioru:

- Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji medycznej (**pacjent/osoba upoważniona**):

Imię i Nazwisko:

nr dokumentu tożsamości.....

.....
Data i podpis osoby odbierającej dokumentację medyczną

CZĘŚĆ II (wypełnia pracownik Archiwum)

Potwierdzam zgodność przygotowanej kopii dokumentacji medycznej z *Wnioskiem*.

Ilość stron:

Opłaty: zwolniony opłata za

Kwota do zapłaty w wysokości

.....
Czytelny podpis pracownika archiwum

.....
Czytelny podpis pracownika działu finansowo-księgowego



**Wniosek o udostępnianie dokumentacji
medycznej**

Wydanie: 6

Strona 3 z 3

Udostępniono do wglądu w siedzibie Spółki dokumentację medyczną

Zakres udostępnionej dokumentacji:.....

.....

.....
Data i podpis osoby której udostępniono dokumentację medyczną

.....
Data i podpis pracownika udostępniającego dokumentację medyczną

Nie udostępniono dokumentacji medycznej z powodu.....

.....

.....
Data i podpis pracownika