



SZPITAL  
POWIATOWY  
W CHRZANOWIE

32-500 Chrzanów, ul. Topolowa 16  
e-mail: sekretariat@szpital-chrzanow.pl

tel. 32-624-70-00  
fax 32-623-94-28  
www.szpital-chrzanow.pl

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### 1. WNIOSKODAWCA

|                    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Imię i nazwisko    | PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adres zamieszkania |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Telefon kontaktowy |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### 2. DOKUMENTACJA MEDYCZNA DOTYCZY (wypełnić w przypadku osoby innej niż Wnioskodawca)

|                    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Imię i nazwisko    | PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adres zamieszkania |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### 3. DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA

|                                   |
|-----------------------------------|
| Nazwa oddziału, poradni, inne     |
| Okres hospitalizacji/ data wizyty |

### 4. RODZAJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

- ☐ Karta Informacyjna z leczenia szpitalnego
 ☐ Historia Choroby
 ☐ Płyta RTG / TK
 ☐ Kartoteka
 ☐ Inne:

### 5. CEL WYKORZYSTANIA UDOSTĘPNIONEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

- ☐ związany z kontynuacją leczenia
 ☐ inny, niezwiązany z kontynuacją leczenia

### 6. WNIOSKUJĘ O UDOSTĘPNIENIE POWYŻSZEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

- ☐ po raz pierwszy
 ☐ po raz kolejny

### 7. FORMA UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (określonej w pkt. 4)

- ☐ kopii lub wydruku – 0,49 zł brutto za jedną stronę  
☐ wyciągu lub odpisu – 14,01 zł brutto za jedną stronę  
☐ na elektronicznym nośniku danych – 2,80 zł za jeden nośnik  
☐ wgląd do dokumentacji medycznej - bezpłatny

Jednocześnie w przypadku ponownego udostępnienia, w/w dokumentacji medycznej, zobowiązuję się do pokrycia:

- kosztów realizacji powyższego, zgodnie z powyższym cennikiem,
- w przypadku wysyłki dokumentacji kosztów przesyłki, wg cennika usług pocztowych.

### 8. FORMA ODBIORU UDOSTĘPNIONEJ DOKUMENTACJI (określonej w pkt. 4)

- ☐ osobiście
 ☐ osoba upoważniona
 ☐ przesać na adres wskazany w pkt. 1

Data i czytelny podpis Wnioskodawcy

### 9. PRZYGOTOWANO WNIOSKOWANĄ DOKUMENTACJĘ W LICZBIE STRON:

### 10. WYDANO

|                                                                                                                  |                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną potwierdzono na podstawie (rodzaj i nr dokumentu tożsamości): |                                   |
| Kwota do zapłaty za udostępnioną dokumentację medyczną:                                                          | zł.                               |
| Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej w liczbie stron:                                                       |                                   |
| Wysłano listem poleconym (data):                                                                                 |                                   |
| Data i czytelny podpis odbierającego                                                                             | Data i czytelny podpis wydającego |