



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

<input type="checkbox"/> Karta Informacyjna z leczenia szpitalnego	<input type="checkbox"/> Historia Choroby	<input type="checkbox"/> Płyta RTG / TK	<input type="checkbox"/> Kartoteka
<input type="checkbox"/> Inne:			

5. CEL WYKORZYSTANIA UDOSTĘPNIONEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

<input type="checkbox"/> związany z kontynuacją leczenia	<input type="checkbox"/> inny, niezwiązany z kontynuacją leczenia
--	---

6. WNIOSKUJĘ O UDOSTĘPNIENIE POWYŻSZEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

<input type="checkbox"/> po raz pierwszy	<input type="checkbox"/> po raz kolejny
--	---

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

<input type="checkbox"/> kopii lub wydruku – 0,43 zł brutto za jedną stronę
<input type="checkbox"/> wyciągu lub odpisu – 12,31 zł brutto za jedną stronę
<input type="checkbox"/> na elektronicznym nośniku danych – 2,46 zł za jeden nośnik
<input type="checkbox"/> 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.
- kosztów przesyłki, wg cennika usług pocztowych, w przypadku wysyłki dokumentacji.

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

<input type="checkbox"/> osobiście	<input type="checkbox"/> osoba upoważniona	<input type="checkbox"/> przesłać na adres wskazany w pkt. 1
------------------------------------	--	--

Data i czytelny podpis Wnioskodawcy

9. PRZYGOTOWANO WNIOSKOWANĄ DOKUMENTACJĘ W ILOŚCI 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 ilości stron:	
Wysłano listem poleconym (data):	
Data i czytelny podpis odbierającego	Data i czytelny podpis wydającego