



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

## WNIOSEK O 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 w (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 – 0,36 zł brutto za jedną stronę,  
 wyciągu/odpisu– 10,39 zł brutto za jedną stronę,  
 na elektronicznym nośniku danych– 2,07 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

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**