Załącznik nr 1
Do Zarządzenia nr 9 /2025 r.

WNIOSEK
O WYDANIE DOKUMENTACJ MEDYCZNEJ

1. Wnioskodawca:
   Imię i Nazwisko……
   Adres zamieszkania……..
   Nr PESEL | | | | | | | | | | | |

   Numer telefonu kontaktowego…….

2. Dokumentacja medyczna dotyczy
   Imię i Nazwisko……
   Adres zamieszkania……..
   Nr PESEL | | | | | | | | | | | |

   Numer telefonu kontaktowego…….

3. Dokumentacja dotyczy leczenia w (podać nazwę komórki organizacyjnej i datę pobytu):……

4. Rodzaj dokumentacji medycznej (zaznaczyć znak „x" we właściwej rubryce):
   □ Historia choroby □ Karta informacyjna □ wydruk zdjęć RTG □Płyta DVD z badaniem RTG
   □ Wypożyczenie oryginału zdjęcia RTG
   inne:……..

5. Wnioskuj (zaznaczyć znak „x" we właściwej rubryce):
   □ udostępnienie dokumentacji medycznej określonej w pkt. 4
   □ o wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt. 4
   i zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kopii dokumentacji zgodnie z obowiązującym cennikiem oraz kosztów wysyłki, w przypadku zakreślenia w pkt. 7 prośby o przesłanie.

6. W przypadku nieodebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej określonej w pkt. 4 zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.

7. Dokumentację wymienioną w pkt. 4:
   □ Odbiorę osobiście;
   □ proszę przesłać na adres określony w pkt. 1

…….
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

Data wpłynięcia wniosku:
Przy załatwianiu spraw należy stosować :

1. Stempel z datownikiem

   ……..
2. Stempel podpisowy osoby odbierającej wniosek:

   ……

Wydano:
Tożsamość osoby odbierającej dokumentacje medyczną stwierdzono na podstawie:
……
(podać nazwę dokumentu tożsamości)

Wystawiono paragon/fakturę * nr ……z dnia……..

……. ……..
(Data wydania dokumentu) (Czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

……
(Czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację)

*właściwe podkreślić

Wysłano listem poleconym:
Nr nadawczy……. Dnia……

……

(Czytelny podpis pracownika wysyłającego dokumentację)