

## Wniosek o wydanie kopii (wyciągu, odpisu) dokumentacji medycznej

Do Prezesa Zarządu  
Szpitala Powiatowego Sp. Z o.o.  
w Chełmży

Wnioskodawca:

Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Numer telefonu kontaktowego .....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dokumentacja medyczna dotyczy \*\*

Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dokumentacja dotyczy leczenia / diagnostyki w (podać nazwę komórki organizacyjnej i datę pobytu/badania)

.....

Rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań – podać jakich, inna)

.....

Wnioskuje o wydanie kserokopii (wyciągu lub odpisu) dokumentacji medycznej określonej w pkt.4 w celu:

- Dalszego leczenia w innym podmiocie leczniczym,
- Niezwiązanym z dalszym leczeniem,

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania zgodnie z cennikiem obowiązującym w Szpitalu Powiatowym Sp. Z o.o. w Chełmży.

Dokumentację medyczną wymienioną w pkt.4:

- Odbiorę osobiście,
- Odbierze osoba przeze mnie upoważniona,
- Proszę przesłać na adres jak w pkt.1

.....  
Czytelny podpis wnioskodawcy

### Potwierdzenie udostępnienia

Tożsamość osoby odbierającej kopię(wyciąg, odpis) dokumentacji medycznej stwierdzono na podstawie:

..... nr .....  
rodzaj dokumentu

Ilość stron.....

Wniesiono opłatę w wysokości ..... zł

.....  
czytelny podpis osoby odbierającej

.....  
data, podpis i pieczęć pracownika  
wydającego dokumentację