

Wrocław, dnia

**Wniosek o wydanie kserokopii/oryginału dokumentacji medycznej
znajdującej się w zasobach archiwalnych szpitala dotyczącej:**

- o Mojej osoby
- o Osoby, której jestem prawnym opiekunem
- o Posiadam upoważnienie (w dokumentacji medycznej lub w załączniku)

1. DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy:

Nazwisko Imię PESEL

Przebywał:

Oddział..... daty hospitalizacji

Poradnia data wizyty.....

Diagnostyka obrazowa (RTG, TK,MR,PET)

Badanie wykonano w czasie:

pobytu szpitalnego na oddziale..... w dniu

wizyty ambulatoryjnej w poradni..... w dniu

Płyta CD z badaniem RTG Płyta CD z badaniem TK/MR Płyta CD z badaniem PET

Inne szczególne (wymagany opis wniosku)

.....
.....

Sposób odbioru dokumentacji:

Odbiór osobisty

Przesłanie pocztą na adres Wnioskodawcy (koszt przesyłki według cennika DCOPIH – dostępny w Rejestracji Główniej oraz na stronie internetowej)

Przesłanie e-mailem na adres :.....

2. DANE WNIOSKODAWCY (w przypadku odbioru dokumentacji przez inne osoby niż wnioskodawca, wymagane jest dodatkowe upoważnienie)

Imię i Nazwisko PESEL

Adres tel.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

Jeśli Wnioskodawca jest pacjentem, to pierwszą kopię dokumentacji medycznej otrzymuje bezpłatnie.
W przypadku gdy Wnioskodawca nie jest pacjentem ponosi koszt za kserokopię dokumentacji medycznej wg cennika DCOPIH.

Kwota do zapłaty za udostępnioną dokumentację medyczną:

.....
(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

.....
(data i podpis osoby odbierającej dokumentację)