

## WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

|                     |         |                    |        |
|---------------------|---------|--------------------|--------|
| Imię i nazwisko     | PESEL   | Adres zamieszkania |        |
|                     |         | Miasto:            | Ulica: |
|                     |         | Numer:             |        |
| Kod pocztowy:       | Poczta: | Województwo:       |        |
| Telefon kontaktowy: |         | e-mail:            |        |

### Dane pacjenta, którego dotyczy dokumentacja (wypełnić gdy dane inne niż powyżej):

|                 |       |
|-----------------|-------|
| Imię i nazwisko | PESEL |
|                 |       |

#### Proszę o:

- Wydanie kopii dokumentacji medycznej potwierdzonej za zgodność z oryginałem (kserokopia lub odwzorowanie cyfrowe – skan)
- Sporządzenie i wydanie odpisu
- Sporządzenie i wydanie wyciągu z dokumentacji medycznej
- Udostępnienie dokumentacji do wglądu
- Wydanie oryginału dokumentacji (dot. organów władz publicznych i/lub sądów, także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta)

#### Z leczenia/ wykonania badania w NU – MED CDiTO:

- Zakładzie Radioterapii                       Pracowni TK
- Pracowni RTG

#### Rodzaj dokumentacji :

- historia choroby, za okres od..... do.....
- karta informacyjna leczenia szpitalnego, za okres od..... do.....
- badanie TK / RTG nr .....
- inna – jaka.....

#### CZY CEL WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ SŁUŻY PROFILAKTYCE, ZACHOWANIU, RATOWANIU, PRZYWRACANIU I POPRAWIE ZDROWIA?

- TAK     NIE

#### Dokumentację odbiorę:

- osobiście     proszę wysłać na adres / adres e-mail.....
- upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej .....

(imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości)

|                        |                                   |
|------------------------|-----------------------------------|
| Data złożenia wniosku: | Podpis osoby składającej wniosek: |
|------------------------|-----------------------------------|

## WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### Dotyczy odbioru osobistego dokumentacji medycznej

Dane osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie:

| Imię i nazwisko | Numer dokumentu tożsamości | Data | Podpis |
|-----------------|----------------------------|------|--------|
|                 |                            |      |        |

### Dotyczy dokumentacji medycznej przekazanej korespondencyjnie

|                             |                            |       |   |
|-----------------------------|----------------------------|-------|---|
| Przekazano do Sekretariatu: | Liczba stron dokumentacji: | Data: | Wysłano:<br><input type="checkbox"/> listem poleconym<br><input type="checkbox"/> kurierem<br><input type="checkbox"/> mailem |
|-----------------------------|----------------------------|-------|---|

### Dane osoby wydającej dokumentację medyczną:

| Imię i nazwisko | Data | Podpis |
|-----------------|------|--------|
|                 |      |        |

### Dotyczy wydania oryginału dokumentacji medycznej:

Wykonano kopię dokumentacji medycznej  TAK      Ustalono termin zwrotu oryginału na.....  
 NIE

Potwierdzenie zwrotu wydanego oryginału dokumentacji medycznej:

|  |  |
|--|--|
| Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej pacjenta .....<br>Dokumentacja jest kompletna i nieuszkodzona. |  |
| Data i podpis osoby zdającej:  | Data i czytelny podpis osoby odbierającej: |