



# DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM CHOROÓB PŁUC

## WE WROCŁAWIU

### 53-439 WROCŁAW UL. GRABISZYŃSKA 105

Wrocław, dnia .....

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

- Mojej osoby
- Osoby, której jestem prawnym opiekunem
- Posiadam upoważnienie (w załączniku)

#### 1. DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy :

Nazwisko ..... Imię ..... PESEL .....

##### Przebywał:

Oddział ..... daty hospitalizacji.....

Poradnia ..... data wizyty.....

##### Diagnostyka obrazowa (RTG, CT)

Badanie wykonano w czasie:

pobytu szpitalnego w oddziale..... w dniu .....

wizyty ambulatoryjnej w poradni..... w dniu .....

Płyta CD z badaniem RTG       Płyta CD z badaniem CT       Klisza RTG

##### Inne szczególne (wymagany opis wniosku)

.....  
 .....

##### Sposób odbioru dokumentacji

- Odbiór osobisty
- Przesłanie za zaliczeniem pocztowym na adres wnioskodawcy

**W przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej zobowiązuje się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii. Wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez podpisu.**

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

Imię i nazwisko ..... PESEL .....

Adres ..... tel. ....

.....  
 (data i podpis wnioskodawcy)

**Kwota do zapłaty za udostępnioną dokumentację medyczną:** .....

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

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