



**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej  
w Tomaszowie Lubelskim**

ul. Aleje Grunwaldzkie 1, 22-600 Tomaszów Lubelski  
tel: (0 84) 664-44-11, fax: (0 84) 664-25-21,  
email: szpital@szpital-tomaszow.pl, www: http://szpital-tomaszow.pl



**WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**1. Wnioskodawca:**

Imię i Nazwisko - .....

Adres zamieszkania - .....

Nr telefonu - .....

Nr PESEL lub data urodzenia - .....

Nr dowodu osobistego - .....

**2. Wnioskuje o:**

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej
- wydanie w innej formie (wyciąg, odpis)
- umożliwienie wglądu do dokumentacji w siedzibie Szpitala
- wydanie zdjęć rtg na płycie CD

i zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonanych kserokopii, wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej zgodnie z cennikiem obowiązującym w SPZOZ w Tomaszowie Lubelskim.

**3. Dokumentacja medyczna dotyczy:**

Imię i Nazwisko - .....

Adres zamieszkania - .....

Nr PESEL lub data urodzenia - .....

**4. Rodzaj dokumentacji medycznej:**

.....

.....

.....  
(data, czytelny podpis wnioskodawcy)

.....  
(akceptacja Dyrektora SPZOZ)

**POTWIERDZENIE ODBIORU KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

.....  
podpis pracownika wydającego dokumentację

.....  
data i podpis pacjenta/osoby upoważnionej