



NU-MED GRUPA S.A.  
82-300 Elbląg, ul. Królewiecka 146  
NIP 7411906987 REGON 519455718  
Tel. 55/ 235 89 37 FAKS 55/ 235 89 36  
Nr księgi rejestrowej: 000000015038

## WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

<b>Imię i nazwisko:</b>	<b>PESEL:</b>
<b>Adres:</b>	
Kod pocztowy i miejscowość:	Ulica i numer domu:
Telefon kontaktowy:	e-mail:

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

<b>Imię i nazwisko:</b>	<b>PESEL:</b>

### Proszę o:

- Wydanie kserokopii dokumentacji medycznej potwierdzonej za zgodność z oryginałem,
- 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 GRUPA S.A.:

- Zakładzie Radioterapii
- Pracowni TK
- Oddziale Radioterapii
- Pracowni MR
- Poradni Onkologicznej
- Poradni Hematologicznej

### Rodzaj dokumentacji :

- historia choroby, za okres od..... do.....
- karta informacyjna leczenia szpitalnego, za okres od..... do.....
- badanie TK / MR 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:
			<input type="checkbox"/> listem poleconym <input type="checkbox"/> kurierem

### Dane osoby wydającej dokumentację medyczną:

Imię i nazwisko	Data	Podpis

### Dotyczy wydania oryginału dokumentacji medycznej:

Wykonano kopię dokumentacji medycznej, termin zwrotu oryginału ustalono na .....

Potwierdzenie zwrotu wydanego oryginału dokumentacji medycznej:

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej pacjenta ..... Dokumentacja jest kompletna i nieuszkodzona.	
Data i podpis osoby zdającej:	Data i czytelny podpis osoby odbierającej: