



**WNIOSEK O WYDANIE KSEROKOPII  
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

QD- 13

Strona 1/2

DATA OBOWIĄZYWANIA:  
01.03.2024

WYDANIE VI

OBOWIĄZUJE: Oddziały, Izba Przyjęć, Poradnie, Pracownie, Dział Administracyjny, Rejestracje, Sekretariat, Kancelaria

**Załącznik nr 1**

Miejscowość .....Data.....

Nr wniosku.....  
(wypełnia archiwum)

Sosnowiecki Szpital Miejski sp. z o.o.  
w restrukturyzacji  
ul. Emila Zegadłowicza 3  
41-200 Sosnowiec  
[archiwum@szpital.sosnowiec.pl](mailto:archiwum@szpital.sosnowiec.pl)

**1. WNIOSKODAWCA**

.....  
Imię i nazwisko

.....  
PESEL

.....  
Adres korespondencyjny

.....  
Adres e-mail

.....  
telefon

**2. DOKUMENTACJA MEDYCZNA DOTYCZY:\***

.....  
Imię i nazwisko

.....  
PESEL

**3. DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA W:**

Oddziały/Poradni/Pracowni.....od.....do.....

**4. RODZAJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:**

(historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań, inne)

**5. FORMA UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI\*\*:**

papierowa/wysyłka


papierowa/odbiór osobisty  
ul. Szpitalna 1

elektronicznie  
e-mail .....

inna.....

.....  
Podpis wnioskującego lub osoby przyjmującej  
wniosek

\* wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o wydanie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta  
\*\* zaznaczyć właściwe

|   |  |   |                   |
|---|--|---|-------------------|
|   | <b>WNIOSEK O WYDANIE KSEROKOPII<br/>DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ</b> |   | <b>QD- 13</b>     |
|   |  |   | <b>Strona 2/2</b> |
|   |  | <b>DATA OBOWIĄZYWANIA:<br/>01.03.2024</b> | <b>WYDANIE VI</b> |
| <b>OBOWIĄZUJE: Oddziały, Izba Przyjęć, Poradnie, Pracownie, Dział Administracyjny, Rejestracje, Sekretariat,<br/>Kancelaria</b> |  |   |                   |

## Wypełnia wydający

### 1. w przypadku wydania dokumentacji w formie innej niż przesłanie na adres poczty elektronicznej:

.....  
Data wydania dokumentu

.....  
Podpis odbierającego

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację stwierdzono na podstawie:

.....

Ilość stron..... Kwota do zapłaty.....zł

### 2. w przypadku przesłania dokumentacji na adres poczty elektronicznej:

.....  
Data wysłania dokumentu elektronicznie na adres poczty elektronicznej wskazany we wniosku

.....  
Podpis pracownika wydającego / wysyłającego dokumentację