



Zintegrowany System Zarządzania  
CRR KRUS w Horyńcu Zdroju

**1. Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji - (należy wybrać właściwe X)**

- Wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- Wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta (rodzic, opiekun prawny)
- Wniosek składa osoba upoważniona przez pacjenta w dokumentacji medycznej lub notarialnie

**2. Wypełnia osoba wnioskująca**

NAZWISKO:

IMIĘ:

Adres: ulica i numer domu/mieszkania:

Kod pocztowy:  -  Miejscowość:

Podaję poniżej nr telefonu oraz adres e-mail do kontaktu w sprawie dokumentacji medycznej:

Nr telefonu kontaktowego: \*

e-mail: \*

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:

**3. Dane pacjenta**

NAZWISKO

IMIĘ

PESEL

**4. Dane dotyczące dokumentacji medycznej, o którą występuje wnioskujący:**

- Leczenie stacjonarne w CRR KRUS w Horyńcu-Zdroju (pobyt):  
Rok i miesiąc pobytu.....
- Leczenie ambulatoryjne w CRR KRUS w Horyńcu-Zdroju (bez zakwaterowania)  
Rok i miesiąc pobytu.....
- Cała dokumentacji z leczenia pacjenta w CRR KRUS w Horyńcu-Zdroju w okresie od.....

Zintegrowany System Zarządzania  
CRR KRUS w Horyńcu Zdroju

Wydanie: 1. Data wydania: 12.06.2020 r.

Strona: 2 z 2

## • Rodzaj dokumentacji medycznej:

- pierwsza kopia dokumentacji medycznej w żądanym zakresie i sposobie wydawania (bezpłatne)
- kolejna kopia papierowa/ kopia poświadczona za zgodność z oryginałem całej dokumentacji medycznej
- kopia dokumentacji na informatycznym nośniku danych (skan na płycie CD/DVD)

## 5. Wydanie dokumentacji:

Dokumentację medyczną

- odbiorę osobiście - w Biurze Planowania w godz. 8:00 do 14:00 (w dni robocze) w formie:
- wydrukowanej kopii
  - kserokopii
  - zapisu na informatycznym nośniku danych (skan na płycie CD/DVD)
- proszę przesłać:
- na adres pocztowy jak w pkt. 2 (Centrum wysyła dokumentację za pobraniem doliczając koszt przesyłki uzależniony od cennika Poczty Polskiej)
  - na adres poczty e-mail jak w pkt. 2 (Centrum wysyła skan dokumentacji skompresowanej np. do formatu \*.7z, \*.rar, \*.zip), zabezpieczonej hasłem, które zostanie udostępnione na podany nr telefonu)

.....  
Data i podpis osoby wnioskującej

## POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA

(wypełnia pracownik Centrum)

- zwolnione z opłaty na podstawie art. 28 Ustawy
- wniesiono opłatę (faktura nr )

.....  
Akceptacja dyrektora ds. lecznictwa  
/data i podpis/.....  
Potwierdzenie wydania dokumentacji  
/data i podpis osoby wydającej dokumentację/.....  
Data i podpis osoby upoważnionej  
do odbioru dokumentacji medycznej